

# Sattumanvaraisuudesta koordinointiin

Ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelut  
sekä hoitopalvelujärjestelmän  
kehittäminen

RAPORTTI



© Kari Huotari ja Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

*Taitto:* Christine Strid

ISBN 978-952-245-110-1 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-111-8 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Yliopistopaino

Helsinki 2009

# Esipuhe

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 2007 keväällä silloisen Stakesin tehtäväksi kehittää rahapelihaittojen ehkäisyä ja hoitojärjestelmää. Tuolloin arkikokemuksesta tiedettiin, että palvelujärjestelmä ei juuri ongelmapelaajaa tunnistanut, saati että sillä olisi ollut valmiuksia ongelman kohtaamiseen. Kunnissa kaivattiin lisätietoa ja koulutusta kipeästi.

Kehittämistyön käynnistämiseksi Stakes (1.1.2009 alkaen Terveiden ja hyvinvoinnin laitos) antoi syksyllä 2007 silloiselle Helsingin yliopiston sosiaalityön professori Kari Huotarille toimeksiannon kuvata ja arvioida ongelmapelaajien hoitopalveluja Suomessa. Nyt julkaistavan raportin tiedonkeruu on tehty pääosin syksyllä 2007, joskin sitä täydennettiin vuodenvaihteessa 2008-2009 peilaamalla sitä uuteen kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan.

Käsitteellisen valmistuttua keväällä 2009 maassamme tapahtui ongelmapelaajien hoidossa erittäin merkittäviä käännteitä. Kuten raportista käy ilmi, on ongelmapelaajien laitoshoidon Suomessa rakentunut merkittävin osin Kirkkopalvelujen ylläpitämän Tyynelän kuntoutuskeskuksen varaan ja avohoidon kehittämiseksi A-klinikkasäätiö oli toteuttanut Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksella Raperi -nimisen yhteisöhoitoon kehittämishankkeen, jota oli edelleen kehitetty yhä tiiviimmäksi ”Poku”-toimintakonseptiksi Hietalinna-yhteisössä Helsingissä.

Ensin huonot uutiset laitoshoidon osalta. Keväällä 2009 lopetettiin rahoitusvaikeuksien vuoksi Tyynelän kuntoutuskeskuksen toiminta ja samoin käy Hietalinna-yhteisön alkusyksyllä 2009. A-klinikkasäätiön yksiköt voivat vastaisuudessaakin tarjota Poku-malliin liittyvää koulutusta ja järjestävät tarvittaessa vertaistukiryhmätoimintaa ostopalveluna.

Sitten orastavat hyvät uutiset. Tässä raportissa ehdotetaan, että pääkaupunkiseudulle perustettaisiin erityinen pelihaittoihin keskittyvä avopalveluyksikkö ja osaamiskeskus, jossa olisi myös muun riippuvuushoidon osaamista. Pääkaupunkiseudun päihdetyön toimintaohjelmassa (2009–2012) ongelmapelaajien palveluiden seudullinen järjestäminen on nostettu yhdeksi keskeiseksi toimenpide-ehdotukseksi. Mieli 2009 -työryhmän mukaan palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevan kunnan tulisi koordinoita nykyistä tehokkaammin muun muassa julkiset ja kolmannen sektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi.

Pääkaupunkiseudulle onkin yhteistyöprosessina valmisteltu vauhdilla suunnitelmaa ns. Peliklinikaksi, johon koottaisiin yhteen valtion, ainakin Helsingin ja Vantaan kaupunkien sekä keskeisten ongelmapelaajien ja heidän läheistensä palveluja kehittävien järjestöjen resurssit mukaan lukien peliyhteisöjen ylläpitämä, ongelmapelaajien palveleva puhelin Peluuri.

Toteutuessaan nyt aiesopimuksen allekirjoitusta vailla oleva hanke tulee yhdessä laajan pelihaittojen ehkäisyyn ja hoitoon keskittyvän osaamisen kehittämis-

työn kanssa tarjoamaan integroituja palveluja. Ongelmapelaaja saa samasta talosta avun myös mahdollisiin liitännäisongelmiinsa (talous-, päihde- ja mielenterveys-ongelmat) sekä monimuotoista vertaistukea. Sama keskittymä toimisi tukena myös kuntien perus- ja erityispalveluille ongelmapelaamista koskevissa kysymyksissä. Ongelmapelaajien laitosmaisen hoidon osalta A-klinikkasäätiö on valmistautunut kehittämään kuntoutusohjelmia Järvenpään sosiaalisairaalassa toteutettaviksi.

Helsingissä 9.6.2009

Saini Mustalampi  
Kehittämispäällikkö  
Rahapelihaittojen ehkäisy ja hoito  
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

PS. Seuraa palvelurakenteen ja -tilanteen kehittymistä verkkosivustolta  
[www.thl.fi/pelihaitat](http://www.thl.fi/pelihaitat)

# Johdanto

Tämän työn tarkoitus on kuvata ja arvioida ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluja Suomessa. Raportissa tarkastellaan suomalaisen tuen ja hoidon nykytilannetta hoitojärjestelmän näkökulmasta. Raportissa käydään läpi myös muissa länsimaissa järjestettyä hoitoa ja hoitomenetelmiä. Lisäksi esitetään ongelmapelaajien tuen ja hoidon kehittämisehdotukset. Arvioinnin on tehnyt Stakesin (1.1.2009 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL) toimeksiannosta VTT, tutkija Kari Huotari.

Arviointiin liittyvä tiedonkeruu on tehty pääosin syksyllä 2007. Raportissa esitellään arvioinnin keskeiset tulokset. Siinä tarkastellaan erityisesti hoitojärjestelmän vastaavuutta erilaisista peliongelmissa kärsivien tuen ja hoidon tarpeisiin sellaisena kuin hoitojärjestelmä sen näkee. Tarkastelun kohteena ei ole pelkästään raskas hoito laitostuntoutuksineen, vaan ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelut yleensäkin. Lisäksi selvitetään ongelmapelaajien tuen ja hoidon menetelmät, jotta hoitojärjestelmää voidaan kehittää. Raportissa otetaan huomioon palvelut, joita järjestetään erilaisille ongelmapelaajille, kuten maahanmuuttajanuorille tai laitoshoidossa oleville.

Työtä varten perustettiin ohjausryhmä, johon kuuluivat Stakesista kehittämispäällikkö Saini Mustalampi, Sosiaali- ja terveysministeriöstä neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sekä SOCCA:sta (= Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus) projektitutkija Mari Pajula. Kiitän ohjausryhmän jäseniä saamistani arvokkaista neuvoista ja raportin eri versioiden kommentoinnista. Erityisesti kiitän kaikkia niitä asiantuntijoita ja palvelun tuottajia, jotka vastasivat sähköpostikyselyyn sekä osallistuivat haastatteluihin.

Tekstin kommentoinnista kiitän Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämispäällikköä Airi Partasta sekä Sosiaalikehitys Oy:n tutkijoita Sinikka Törmää ja Sari Pitkästä. Kiitos myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämispäällikölle Simo Kokolle, jota haastattelin palvelurakennemuutoksen sisällöstä. Kielenhuollosta kiitos Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoissuunnittelijalle Markku Soikkelille.

Kari Huotari

# Tiivistelmä

Kari Huotari. Sattumanvaraisuudesta koordinoitiin. Ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelut sekä hoitojärjestelmän kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 21/2009. 198 sivua. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-110-1, ISBN 978-952-245-111-8 (pdf)

Tässä työssä kuvataan ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen nykytilannetta Suomessa sekä arvioidaan näitä palveluja hoitojärjestelmän näkökulmasta. Arviointia varten haastateltiin 14:ää ongelmapelaajien kohtaamiseen erikoistunutta asiantuntijaa. Lisäksi laajemmalle joukolle ongelmapelaajien parissa työskenteleviä asiantuntijoita tehtiin sähköpostikysely (N = 30) tuki- ja hoitopalvelujen toimivuudesta. Pitkälti samansisältöinen sähköpostikysely (N = 40) tehtiin myös tiettyjen kuntien yksittäisille työntekijöille, joiden arveltiin käytännön työssään kohtaavan ongelmapelaajia.

Arvioinnin tulosten mukaan ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujärjestelmä on liian hajanainen vastaamaan kohderyhmän avun tarpeeseen. Palvelujen tarjoajia on vähän, palvelut ovat jakautuneet alueellisesti epätasaisesti ja niiden kattavuus on heikko. Myös palvelujen organisointi on kirjavaa ja niiden toimivuus vaihtelee kunnittain. Koko maan kattava erikoistunut osaaminen ongelmapelaajien hoidosta puuttuu. Useilla paikkakunnilla hoito ja sen toteutustapa riippuvat yhden työntekijän resursseista ja osaamisesta. Ongelmapelaajat jäävät helposti ilman palveluja tai toissijaiseen asemaan päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Kehitysvammaisten, mielenterveysongelmaisten ja nuorten ongelmapelaajien ja muiden erityisryhmien hoito ei ole kunnossa. Pelaajien läheisiä ei myöskään ole otettu palveluissa huomioon tai heille on palveluja vain vähän.

Arvioinnissa ehdotetaan palvelujärjestelmän järjestämistä selkeäksi koordinoituksi kokonaisuudeksi. Joustavinta ja taloudellisinta olisi käyttää hyväksi jo olemassa olevia palvelujärjestelmiä ongelmapelaajien kuntatason palvelujen luomiseksi. Monet edut puoltavat ongelmapelaajien palvelujen integroimista päihdepalveluihin: A-klinikoilla on entuudestaan riippuvuusalan osaamista ja kattava valtakunnallinen verkosto, ja niissä jo asioi ongelmapelaajia ja toimii vertaisryhmiä. Peliongelmaisten tuki- ja hoitopalvelujen sijoittuminen A-klinikoille ei ole aivan ongelmatonta, sillä arvioinnin mukaan osalle peliongelmaisista kynnys hakeutua päihdepalveluihin on korkea. A-klinikoiden työtä olisikin tarpeen kehittää monimuotoisempaan riippuvuusklinikan suuntaan. On lisättävä peruspalvelujen ja mielenterveyspalvelujen valmiutta tunnistaa peliongelma, ottaa se puheeksi ja ohjata ongelmapelaaja tarvittaessa erityispalvelujen piiriin. Perus- ja mielenterveyspalveluissa on myös oltava riittävästi osaamista lievempien peliongelmien kohtaamiseen.

Pääkaupunkiseudulle olisi hyvä perustaa erityinen avopalveluyksikkö, joka toimisi peli-, päihde- ja mielenterveysongelmien osaamiskeskuksena. Paitsi alueellisenä hoitopaikkana, se toimisi myös valtakunnallisesti kouluttavana ja konsultoitavana yksikkönä ja kartuttaisi muualla maassa sijaitsevien A-klinikoiden ja muiden tuki- ja hoitopalvelujen tarjoajien osaamista. Kannattaa pitää toiminnassa hyvin toimivia valtakunnallisia verkkopohjaisia sekä matalakynnyksisiä tuki- ja hoitopalveluja, kuten Peluurin Peli poikki -ohjelmaa. Lyhyitä ja toimiviksi osoittautuneita avohoitopalveluja tulee levittää koko maahan. Pelaajien talouden hallinta ja velka-asiat on otettava huomioon yhtenä osana peliongelmaa. Läheisten ja erityisryhmien palvelutarpeeseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Ongelmapelaajien hoitoon, tukeen ja tämän alan koulutukseen kaivataan lisäresursseja.

Avainsanat: ongelmapelaajat, tuki- ja hoitopalvelut, rahapelit, haittojen ehkäisy, palvelujärjestelmä, arviointi, pelihaitat

# Sammandrag

Kari Huotari. Sattumanvaraisuudesta koordinointiin. Ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelut sekä hoitojärjestelmän kehittäminen [Från slumpmässighet till samordning. Stöd- och vårdtjänster för problemspelare samt utveckling av vårdsystemet]. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 21/2009. 198 sidor. Helsingfors 2009. ISBN 978-952-245-110-1, ISBN 978-952-245-111-8 (pdf)

I denna publikation beskrivs nuläget i fråga om stöd- och vårdtjänster för problemspelare i Finland. Dessutom utvärderas dessa tjänster ur vårdsystemets perspektiv. För utvärderingen intervjuades 14 experter, som är specialiserade på mötande av problemspelare. Dessutom genomfördes en e-postenkät (N = 30) om hur stöd- och vårdtjänsterna fungerar. Den riktade sig till en större grupp av experter som möter problemspelare i sitt arbete. En e-postenkät (N = 40) med nästan samma innehåll genomfördes också bland sådana enskilda kommunanställda som man antog att möter problemspelare i sitt arbete.

Enligt utvärderingsresultaten var systemet för stöd- och vårdtjänster för problemspelare för splittrat för att kunna uppfylla målgruppens hjälpbehov. Tjänsteleverantörerna är få, tjänsterna är regionalt ojämnt fördelade och deras täckning är dålig. Även tillhandahållandet av tjänsterna och deras funktion varierar och ser olika ut från kommun till kommun. När det gäller vård för problemspelare, så saknas landsomfattande specialkunnande. På många orter är vården och dess genomförandesätt beroende av en arbetstagares resurser och kunskaper. Det är lätt hänt att problemspelare blir utan service eller hamnar i en sekundär ställning i mental- och missbrukarvården. Vården för specialgrupper som personer med utvecklingsstörning, personer med psykisk ohälsa eller unga problemspelare fungerar inte som den ska. Spelarnas närstående har inte beaktats i servicen, eller så finns det bara lite service för dem.

I utvärderingen föreslås det att servicesystemet görs till en tydlig och samordnad helhet. Det mest flexibla och ekonomiska skulle vara att dra nytta av redan befintlig service när man på kommunnivå skapar service för problemspelarna. Mycket talar för att servicen för problemspelare ska integreras i missbrukarvården. A-klinikerna har redan kunskap om beroendesektorn och ett täckande landsomfattande nätverk. Och de har också redan stödgrupper samt problemspelare som klienter. Att placera vid A-klinikerna stöd- och vårdtjänster för personer med spelproblem är inte helt problemfritt, eftersom tröskeln att söka hjälp hos missbrukarvården är hög för en del av personerna enligt utvärderingen. Det skulle vara skäl att utveckla A-klinikernas arbete i riktning mot en mångsidigare beroendeklinik. I basservicen och mentalvården bör man förbättra färdigheten att identifiera problemspelande, föra det på tal och vid behov styra problemspelaren till specialtjänst.



ter. I basservicen och mentalvården måste det också finnas tillräckligt med kunskap om spelproblem och om lindrigt problemspelande.

Det skulle vara bra att inrätta i huvudstadsområdet en särskild öppenvårdsenhet, som skulle fungera som kompetenscentrum för problemspelande, missbruk och psykisk ohälsa. Öppenvårdsenheten skulle vara en regional vårdplats, men den skulle också utbilda och ge konsult hjälp på nationell nivå till A-kliniker och andra stöd- och vårdtjänster samt utöka deras kunskaper. Det lönar sig att fortsätta telefon-tjänsten Peluuris program Peli Poikki (ung. spelet är avblåst) och andra väl fungerande nationella webbaserade stöd- och vårdtjänster med ”låg tröskel”. Kortvarig öppenvård som visat sig fungera väl bör spridas till hela landet. Spelarnas hantering av sin ekonomi och att reda upp deras skuldärenden bör ingå som en del av vården. Det är skäl att särskilt uppmärksamma de närståendes och specialgruppernas servicebehov. Det behövs mer resurser för vård av och stöd för problemspelare, samt för denna sektors utbildning.

Nyckelord: problemspelare, stöd- och vårdtjänster, penningsspel, förebyggande av problem, servicesystem, utvärdering, spelproblem, spelberoende

# Abstract

Kari Huotari. Sattumanvaraisuudesta koordinoitiin. Ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelut sekä hoitojärjestelmän kehittäminen [From the random to the co-ordinated: Developing treatment and support services for problem gamblers]. National Institute for Health and Welfare (THL), Raportti 21/2009. 198 pages. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-110-1, ISBN 978-952-245-111-8 (pdf)

The aim of this study was to describe the current state of support and care services for problem gamblers and to assess these services in terms of the care system. The assessment included interviews with 14 experts specialised in encountering problem gamblers. An e-mail questionnaire about the functionality of support and care services was also sent to a wider group of experts (N = 30) working with problem gamblers. In addition, a questionnaire (N = 40) with largely the same content was sent to individual municipal employees who were thought to encounter problem gamblers in their daily work.

The assessment results indicate that the current support and care system for problem gamblers is too scattered to meet the demand for help. There are not enough service providers and the regional services are distributed unevenly, which limits service coverage. There is also great variation in the organisation and functioning of services between municipalities. This means that Finland lacks nationwide, comprehensive expertise in the treatment of problem gambling. In several municipalities, treatment for problem gambling is dependent on a single person's resources and expertise. Within the system of substance abuse and mental health services, problem gamblers may often be left on their own, without treatment and in a secondary position. The situation calls for improvements in particular in the treatment provided for people with intellectual disabilities, mental health disorders and gambling problems. The existing services also do not take into account or provide very little help to the family and friends of problem gamblers.

According to the assessment, the service delivery system should be organised into a clearly-defined, co-ordinated entity. The most flexible and cost-efficient solution would be to utilise existing services in the creation of municipal-level services for problem gamblers. There are many advantages that speak in favour of integrating services for problem gamblers into services for substance abusers: A-clinics already have the necessary expertise in addiction as well as a comprehensive national network, and they already provide peer support and services for problem gamblers. However, incorporating support and care services for problem gambling into A-clinics does not come without problems. The results of the assessment suggest that some problem gamblers experience a threshold in seeking services aimed at substance abusers. Accordingly, there is a need to shift the emphasis of A-clinics towards a more versatile type of addiction clinic. Basic

and mental health services should improve their preparedness to identify gambling problems, broach the subject and refer problem gamblers to specialised services if necessary. The service providers concerned should also have sufficient expertise in dealing with gambling harms and minor gambling problems.

It is recommended that a dedicated outpatient care unit be established in the Helsinki metropolitan area. This unit would serve as a centre of excellence in problems related to gambling, substance abuse and mental health. The unit would be a regional service, but could also provide national-level education and advice to A-clinics and other support and care providers. The Peli poikki (“Game Over”) programme of the national gambling helpline Peluuri should be continued, along with other well working national, low-threshold services offering support and care. In addition, any existing short-term outpatient services that have been successful should be widely distributed throughout the country. Services to problem gamblers should also take into account financial and debt management. Special attention should be paid to the need for services aimed at family and friends and special needs groups. More resources should be allocated to treatment and support programmes for problem gamblers as well as to education on problem gambling.

Keywords: problem gamblers, support and care services, gambling, harm prevention, service delivery system, assessment, gambling harms, gambling addiction

# Sisällys

Esipuhe  
Johdanto  
Tiivistelmä  
Sammandrag  
Abstract

I	ARVIOINTI JA SEN LÄHTÖKOHDAT.....	15
1	Arviointitehtävä.....	15
2	Käytetyt aineistot ja menetelmät.....	17
3	Selvitettävän kohteen konteksti.....	21
	Rahapelitoimijat ja rahapeliin monipuolistuminen haasteina hoitojärjestelmälle .....	21
	Ongelmapelaajat ja peliriippuvuus tänään .....	23
	Aiempi suomalainen ongelmapelaajien hoitoa koskeva tutkimus.....	26
	Ongelmapelaajien hoitoa koskevia tutkimustuloksia muissa länsimaissa.....	33
	Ongelmapelaajien hoitojärjestelmät Pohjoismaissa .....	37
II	ONGELMAPELAAJIEN TUKI- JA HOITOPALVELUT SEKÄ NIIDEN KÄYTTÖ SUOMESSA.....	42
4	Tukipalvelut ja hoitoyksiköt ongelmapelaajille .....	42
	Avohoito.....	44
	Peluurin Peli poikki -ohjelma .....	44
	Sosiaalipedagogiikan säätön kuntoutus.....	52
	A-klinikkasäätön Turun nuorisoasema .....	56
	Kuopion kriisikeskus .....	61
	Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätön palvelut .....	65
	Rapeli-yhteisö.....	68
	Laitohoito .....	73
	Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus (Kirkkopalvelut ry) .....	73
	Kouvolan kuntoutuskeskus.....	80
	Yhteenveto tuki- ja hoitopalvelujen sisällöistä ja menetelmistä.....	84
III	KYSELYJEN TULOKSET .....	88
5	Asiantuntijakysely .....	88
	Asiantuntijakyselyyn vastanneet .....	88
	Yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien tahojen välillä .....	90
	Riittämättömästi palveluja saavat ongelmapelaajat.....	92
	Ongelmapelaajien läheisten huomioon ottaminen palveluissa.....	95
	Tuki- ja hoitopalvelujen rahoituksen toimivuus .....	97
	Palvelujen organisointi ja toimivuus .....	98
	Kunnallisten peruspalvelujen asema tällä hetkellä ja tulevaisuudessa .....	101
	Ongelmapelaajien hoitoon ja tukemiseen erikoistuneiden palvelujen tarve.....	104
	Päihdehuollon erityispalveluiden vahvuudet ja heikkoudet ongelmapelaajien hoidossa.....	108
	Mielenterveyden erikoispalveluiden vahvuudet ja heikkoudet ongelmapelaajien hoidossa .....	110

	Ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden vahvuudet ja heikkoudet .....	111
	Organisaatioiden oma asema tällä hetkellä ja tulevaisuudessa .....	113
	Muuta sanottavaa ongelmapelaajien palvelujen kehittämisestä .....	118
6	Ruohonjuuritason kysely .....	121
	Ruohonjuuritason kyselyyn vastanneet .....	121
	Eri toimipisteiden kohtaamat ongelmapelaajat .....	124
	Peliongelman selvittäminen eri toimipisteissä .....	128
	Eri toimipisteiden järjestämät palvelut ongelmapelaajille .....	131
	Ongelmapelaaja-asiakkaiden ohjautuminen ja ohjaaminen eri toimipisteisiin .....	132
	Tuen ja hoidon tarpeen arviointi sekä maksusitoumusten myöntäminen .....	135
	Moniammatillisen tiimin käyttö tuen ja hoidon tarpeen arvioinnissa .....	138
	Eri ongelmapelaaja-asiakasryhmien soveltuvuus toimipisteiden palveluihin .....	140
	Ongelmapelaajien läheisten huomioon ottaminen palveluissa .....	141
	Yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien eri tahojen välillä... ..	143
	Ongelmapelaajien palvelujen organisointi ja toimivuus .....	145
	Kunnallisten peruspalvelujen asema tällä hetkellä ja tulevaisuudessa ..	147
	Ongelmapelaajien tukemiseen ja hoitoon erikoistuneiden palvelujen tarve .....	150
	Päihdehuollon erityispalveluiden heikkoudet ja vahvuudet peliongelman hoidossa .....	153
	Mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden heikkoudet ja vahvuudet .....	155
	Ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden heikkoudet ja vahvuudet .....	157
	Ongelmapelaajien tai heidän läheistensä tuki- ja hoitopalvelujen kehittämistarpeet .....	158
	Muuta sanottavaa ongelmallisesti pelaavien palveluista .....	160
IV	YHTEENVETO .....	162
7	Yhteenveto .....	162
	Yhteenveto eri tuki- ja hoitopaikoista .....	162
	Yhteenveto asiantuntijakyselyn tuloksista .....	164
	Yhteenveto ruohonjuuritason tuloksista .....	167
V	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	170
8	Keskeiset ongelmapelaajien palvelujen kehittämistarpeet ja -ehdotukset..	170
	Kehittämistarpeet .....	170
	Kehittämisehdotukset .....	171
	Lähteet .....	180
	Liite 1. Haastatellut asiantuntijat .....	183
	Liite 2. Peliongelman parissa työskenteleville asiantuntijoille lähetetty sähköpostikysely, saatekirje ja uusi pyyntö .....	184
	Liite 3. ”Ruohonjuuritason” palvelun tuottajille lähetetty sähköpostikysely, saatekirje (esimerkkinä Espoo) ja karhukysely (esimerkkinä Espoo) ...	188
	Liite 4. Tyynelän tulohaastattelulomake .....	194
	Liite 5. Kuopion kriisikeskuksen johtajan tiivistelmä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvasta käyttäytymisanalyysistä .....	196

# I

## ARVIOINTI JA SEN LÄHTÖKOHDAT

### 1 Arviointitehtävä

Tässä raportissa esitetään kokonaisarvio ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen toimivuudesta. Lisäksi kuvataan keskeiset kehittämishaasteet ja ehdotetaan toimia palvelujen kehittämisen tueksi.

Tehtävänä oli selvittää, miten tuki- ja hoitopalvelut toimivat hoitojärjestelmän näkökulmasta ja mitkä ovat ongelmapelaajien mahdollisuudet saavuttaa palvelut. Arviointi kattaa seuraavat osa-alueet: 1) palvelujen kohdentuvuus 2) palvelujen organisointi ja toimivuus sekä alueellisesti että valtakunnallisesti 3) perus- ja erityis- palvelujen asema ongelmapelaajien palvelujen järjestämisessä 4) eri tuki- ja hoitopalvelujen vahvuudet ja heikkoudet sekä 5) toimenpide-ehdotukset.

Arvioinnissa vastataan seuraaviin pääkysymyksiin:

- 1) Millaisin hoidon ja tuen menetelmin ongelmapelaajia autetaan?
- 2) Miten hoitojärjestelmä pystyy vastaamaan erilaisista peliongelmissa kärsivien tuen ja hoidon tarpeisiin?
- 3) Miten erisältöiset hoidot ottavat huomioon peliongelman lisäksi päihde- ja mielenterveysongelman?

Tutkimuksen alakysymyksiä ovat muun muassa: Millaisia ongelmia ja aukkoja eri ongelmapelaajien palveluissa on, ja miten palveluja voisi kehittää? Millaista yhteistyötä eri palveluntuottajien välillä on, ja miten yhteistyö olisi hyvä koordinoida? Millaisia palvelumuotoja olisi hyvä luoda osaksi peruspalveluja? Miten eri ongelmapelaajat valikoituvat hoitoihin ja miten hoidon saanti sujuu? Miten ja mistä erikäiset ja erilaisista peliongelmissa kärsivät ongelmapelaajat saavat hoitonsa? Miten ongelmapelaajat pitäisi ohjata hoitoon, jotta tavoitettaisiin a) niitä, joilla on ”pelkkä”<sup>1</sup> peliongelma, b) niitä, joilla on peli- ja päihdeongelma sekä c) niitä, jotka ovat hyvin moniongelmaisia?

Tarkastelun keskiössä on palvelujärjestelmän toimivuus ja erityyppiset ongelmapelaajat (esimerkiksi päihdeongelmaiset ja moniongelmaiset). Työssä ei niinkään arvioida eri palvelujen laatua ja sisältöä, vaan hahmotetaan tuki- ja hoitojärjestelmän kokonaisuutta ja annetaan suuntaa hoitojärjestelmän kehittämiseksi.

---

<sup>1</sup> Peliongelma on harvoin pelkkä peliongelma, sillä hakeutuessaan hoitoon peliongelmaiselle on yleensä kehittynyt myös muita ongelmia, kuten taloudellisia vaikeuksia ja ihmissuhdeongelmia (ks. esim. Huotari 2007).

Kyse on siitä, miten järjestelmää pitäisi kehittää, jotta palveluja olisi ylipäättään tarjolla ja jotta palvelut ja tarve kohtaisivat parhaiten.

Ongelmapelaajien palveluja tuottamassa on mukana lukuisia eri toimijoita. Siksi arviointi ei voi yksityiskohtaisesti käsitellä kaikkia osa-alueita eikä tarjota ratkaisuehdotuksia kaikkiin ongelmiin. Sen sijaan arviointi pyrkii osoittamaan kokonaisjärjestelmän keskeiset kehittämistarpeet ja ongelmakohdat, jotka vaativat pikaisimman huomion.

Arvioinnissa ei käsitellä kovin laajasti peliriippuvuutta ja sen tutkimusta, koska sitä on eritelty aiemmissa tutkimuksissa (ks. luku Aiempi suomalainen ongelmapelaajien hoitoa koskeva tutkimus). Arviointi etenee siten, että luvussa 2 esitellään tutkimusaineistot ja -menetelmät. Luvussa 3 tarkastellaan arviointikohteen kontekstia: rahapelian yleistymistä ja monipuolistumista haasteena hoitojärjestelmälle, ongelmapelaajia ja peliriippuvuutta, aiempia suomalaisia ja länsimaisia tutkimuksia ongelmapelaajien hoidosta sekä ongelmapelaajille suunnattuja hoitojärjestelmiä Pohjoismaissa. Luvussa 4 käsitellään erilaisia hoitoyksiköitä ongelmapelaajille, luvussa 5 asiantuntijakyselyn tuloksia ja luvussa 6 tarkastellaan ongelmapelaajien palvelujen toimivuutta ”ruohonjuuritason” palvelujen tuottajien näkökulmasta. Luvussa 7 esitetään yhteenveto ja lopuksi luvussa 8 johtopäätökset kehittämis ehdotuksineen.

## 2 Käytetyt aineistot ja menetelmät

Arviointia varten on koottu erilaisia aineistoja. Ne tuovat esille ongelmapelaajien parissa työskentelevien asiantuntijoiden ja muiden palvelujen tuottajien näkemyksiä ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen toimivuudesta.

Arviointia varten haastateltiin 14:ää eri asiantuntijaa (ks. liite 1). Lisäksi laajemmalle joukolle ongelmapelaajien parissa työskenteleviä asiantuntijoita (N = 30) tehtiin sähköpostikysely palvelujen toimivuudesta. Pitkälti samansisältöinen kysely tehtiin myös niille (esimerkiksi johtaville sosiaalityöntekijöille, A-klinikoiden esimiehille), joiden arveltiin työssään ”ruohonjuuritasolla” kohtaavan ongelmapelaajia (N = 40). Lisäksi aineistona on käytetty eri tuki- ja hoitopalveluista saatuja tilastoja ja dokumentteja. Kaikissa tiedonkeruissa läpikäyvä teema on hoito- ja tukipalvelut, niiden tarve, palvelujen käytön edellytykset ja palvelujen merkitys. Eri kohderyhmille esitetyt kysymykset olivat osittain myös päällekkäisiä. Seuraavaksi esitellään nämä aineistot tarkemmin.

### *Asiantuntijoiden haastattelut*

Asiantuntijoiden (N = 14) haastattelut tehtiin syksyllä 2007 ja vuoden 2008 alussa. Haastateltaviksi valittiin henkilöitä, jotka edustivat seuraavia ongelmapelaajille tuki- ja hoitopalveluja:

- Turun A-klinikkasäätiön Nuorisoasema (Nuoho)
- Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus Pieksämäellä
- Kouvolan kuntoutuskeskus
- Kuopion kriisikeskus
- Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö
- Rapeli-yhteisö
- Sosiaalipedagogiikan säätiö.

Teemahaastattelut kestivät keskimäärin 1,5 tuntia. Teemat muotoutuivat yksilöllisesti kunkin asiantuntijatahon erityisalan mukaan, mutta keskittyivät seuraaviin pääteemoihin:

- Toimintayksikön asema ongelmapelaajille suunnattujen palvelujen kokonaisuudessa
- Toimintayksikön tarjoamat palvelut asiakasmäärineen
- Toimintayksikön hoito- ja tukimenetelmät
- Haastateltavien kokemus työstä erilaisten ongelmapelaajien parissa
- Käsitys perus- ja erityispalvelujen toimivuudesta sekä alueellisesti että valtakunnallisesti
- Kokemus yhteistyöstä ongelmapelaajille suunnattujen hoito- ja tukipalvelujen eri tuottajatahojen kanssa



- Käsitys palvelujen suhteesta toisiinsa, päällekkäisyyksistä ja palveluketjujen toimivuudesta
- Käsitys erilaisten tuki- ja hoitopalvelujen vahvuuksista ja heikkouksista
- Näkemykset ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen kehittämistarpeista.

### *Kysely peliongelman parissa työskenteleville asiantuntijoille*

Ongelmapelaajien parissa työskenteleville asiantuntijoille lähetettiin sähköpostikysely (liite 2), johon vastasi 30 henkilöä. Asiantuntijakyselyyn vastasi sekä selvästi ongelmapelaajien parissa työskenteleviä tahoja että ”päihdetahoja”, jotka ovat pitkään työskennelleet ongelmapelaajien parissa. Lisäksi mukaan saatiin laajalti myös muita ongelmapelaajien parissa työtä tekeviä, kuten talous- ja velkaneuvonnan, mielenterveyspalveluiden sekä Kriminaalihuollon, Kansanterveyslaitoksen, maahanmuuttajien ja Kriisikeskuksen edustaja.

Kyselyllä kerättiin mielipiteitä ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluista ja niiden kehittämisestä. Lisäksi selvitettiin heidän näkemyksiään seuraavista asioista:

- kunkin vastaajaorganisaation asemasta ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluissa sekä tutkimushetkellä että tulevaisuudessa
- palvelujen rahoituksesta
- organisaation yhteistyöstä muiden ongelmapelaajien parissa työtä tekevien tahojen kanssa
- yleiskuvasta palvelujen organisoinnista
- kunnallisten peruspalvelujen asemasta palvelujen järjestämisessä.

### *Kysely ruohonjuuritason palvelujen tuottajille*

Perus- ja erityispalveluiden toimipisteissä kohdataan yhä enemmän ongelmapelaajia, mutta Suomessa ei ole tietoa siitä, miten ongelmapelaajien saama tuki ja hoito vastaa heidän tarpeisiinsa. Siksi tehtiin myös kysely useille eri palvelun tuottajille (N = 40), jotka ovat asiakastyötä tekeviä yleispalvelujen tuottajia (ks. liite 3). Kyselyllä kerättiin mielipiteitä ongelmapelaajille tarkoitettujen palvelujen toimivuudesta.

Kyselyn kohteiksi valittiin Helsingin, Espoon, Vantaan, Jyväskylän ja Hämeenlinnan kaupunkien johtavat sosiaalityöntekijät, A-klinikoiden esimiehet, kaupunkien johtavat lääkärit, nuorisoasemien esimiehet, mielenterveystoimistojen johtajat, psykiatrian klinikoiden edustajat ja kriisikeskusten edustajat. Keskisuurista kunnista mukana olivat Jyväskylä ja Hämeenlinna. Hämeenlinna valittiin mukaan siksi, että Kanta-Hämeessä näyttäisi olevan keskimääräistä enemmän peliongelmia (Aho & Turja 2007). Jyväskylä valittiin mukaan sekä alueellisen edustuksen ja siellä olevan erityisen säätiömuotoisen organisaatiomallin vuoksi.

Näiden tahojen edustajat ovat myös oman alansa asiantuntijoita, mutta eroavat asiantuntijakyselyyn vastanneista siinä, että he eivät ole erikoistuneet, määrittäneet tai profiloituneet erityisesti ongelmapelaajien palvelujen tuottajiksi. Nämä vastaajat ovat enemmänkin asiakastyötä tekeviä yleispalvelujen tuottajia. Vastaajina he painottuvat kunnallisiin palveluihin, He eivät myöskään ole mukana esimerkiksi Stakesin (1.1.2009 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL) järjestämässä asiantuntijaverkostossa (jossa on mukana muun muassa asiantuntijakyselyyn vastanneita peli- ja päihdetahoja, jotka ovat erikoistuneet ja profiloituneet ongelmapelaajien kohtaamiseen). Vaikka nämä vastaajat olivat osittain samoja kuin asiantuntijakyselyssä (esim. A-klinikat), niin he eroavat kyselyn kohderyhmänä siis siten, että heidän arvellaan käytännön työssään tapaavan ongelmapelaajia.

Tällä kyselyllä saatiin tärkeä näkökulma ongelmapelaajien hoitoon ja sen toimivuuteen esimerkiksi sosiaalityön arjessa. Kyselyllä saatiin tietoa

- eri toimipisteissä kohdattavista asiakkaiden määristä
- asiakkaiden peliongelman selvittämistavoista asiakassuhteessa
- eri toimipisteissä kohdattavien ongelmapelaajien pelaamista peleistä, heidän ikä- ja sukupuolijakaumastaan
- eri toimipisteiden palvelujen järjestämistavasta
- tuen ja hoidon tarpeen arvioinnista sekä maksusitoumusten myöntämisestä
- ongelmapelaaja-asiakkaan eteenpäin ohjaamisesta palveluketjussa
- eri ongelmapelaaja-asiakasryhmien soveltuvuudesta eri toimipisteiden palveluihin
- yhteistyöstä peliongelmiin kanssa työtä tekevien tahojen välillä
- ongelmapelaajien läheisten huomioimisesta palveluissa
- palvelujen organisoinnista ja kunnallisten peruspalvelujen roolista
- ongelmapelaajien hoidon ja tuen järjestämisen vahvuuksista ja heikkouksista
- hoidon ja tuen kehittämistarpeista.

Arvioinnin muina aineistona on käytetty eri hoitotahojen itse tuottamia raportteja, tilastoja ja dokumentteja toiminnastaan ja asiakkaistaan. Lisäksi raportin aineistona on kotimainen ja kansainvälinen ongelmapelaajien hoitoa koskeva tutkimuskirjallisuus. Suomalaisia hoitomenetelmistä saatuja kokemuksia on verrattu muissa maissa vastaavista hoito- ja palvelumenetelmistä saatuihin kokemuksiin. Seuraavassa taulukossa 1 on esitetty tiivistetysti arvioinnissa käytetyt aineistot, niiden määrät ja menetelmät.

TAULUKKO 1. Arvioinnin kohteena olevat aineistot ja niiden koot

Kohderyhmä	Aineiston kuvaus	Aineiston koko	Keruu- menetelmä
Peliongelman parissa työskentelevät asiantuntijat	Edustajat seuraavista tahoista: ”pelitahot”, ”päihdetahot”, talous- ja velkaneuvonta, mielenterveyspalvelut, Kriminaalihuolto, Kansanterveyslaitos, maahanmuuttajatyö, Kriisikeskukset	30	Kysely
Ruohonjuuritason palvelujen tuottajat	Tahot, joiden arveltiin käytännön työssään kohtaavan ongelmapelaajia: Helsingin, Espoon, Vantaan, Jyväskylän ja Hämeenlinnan kaupunkien johtavat sosiaalityöntekijät, A-klinikoiden esimiehet, kaupunkien johtavat lääkärit, nuorisoasemien esimiehet, mielenterveystoimistojen johtajat, psykiatrian klinikoiden edustajat ja kriisikeskusten edustajat.	40	Kysely
Muut asian- tuntijat	Tukea ja kuntoutusta tarjoavat tahot: Turun Nuorisoasema, Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus, Kouvolan kuntoutuskeskus, Kuopion kriisikeskus, Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö, Rapeli-yhteisö, Sosiaalipedagogiikan säätiö.	14	Haastattelu
Eri tuki- ja hoitotahot	Eri hoito- ja tukitahojen raportit, tilastot ja muut dokumentit, tutkimuskirjallisuus	Useita dokumentteja ja tutkimuksia	

### 3 Selvitettävän kohteen konteksti

#### Rahapelitoimijat ja rahapelien monipuolistuminen haasteina hoitojärjestelmälle

Suomessa rahapelilupa on annettu arpajaislailla (1047/2001) kolmelle pelinjärjestäjälle: Raha-automaattiyhdistykselle (RAY), Veikkaus Oy:lle ja Fintoto Oy:lle. RAY:llä on yksinoikeus raha-automaatti-, kasinopeli- ja pelikasinotoimintaan, Veikkauksella on lupa harjoittaa veikkaus- ja vedonlyöntitoimintaa ja panna toimeen raha-arpajaisia ja Fintoto pyörittää toto- eli hevospelejä (Matilainen & Valkama 2006, 8).

Lainsäädännön perusteella rahapeliyhtiöiden tuotot on käytettävä yleishyödyllisiin tarkoituksiin (ArpL 22§), mutta peliyhtiöt ovat myös historiansa, perinteidensä ja laatimiensa vastuullisuusohjelmien velvoittamina ohjanneet keräämiänsä pelituottoja urheiluun, tieteeseen, taiteeseen, kansanterveyteen, nuorisotyöhön ja hevosurheiluun jo useiden vuosikymmenien ajan (Matilainen & Valkama 2006, 8; Taskinen 2007, 135–140; Kämppi 2007, 19). Tässä arvioinnissa ei esitellä tarkemmin rahapelitoimijoiden historiaa, toiminta- ja vastuullisuusperiaatteita eikä tunnuslukuja, sillä niistä löytyy tiivis tietopaketti esimerkiksi Taskisen (2007) tutkimuksesta (ks. myös Nikkinen 2008; Tammi 2008).<sup>2</sup>

Rahapelejä voi Suomessa pelata hyvin monipuolisesti. Suomi eroaa rahapeli- en tarjonnaltaan muista EU-maista siinä, että meillä on sijoitettu raha-automaatteja ja pelisalien lisäksi esimerkiksi kauppoihin, kioskeihin, huoltoasemille, hotelleihin ja ravintoloihin (Matilainen & Valkama 2006, 9; Taskinen 18). Tilanne on melko ainutlaatuinen, sillä Suomen lisäksi rahapeliautomaatteja löytyy yhtä laajalti ainoastaan Islannista (Taskinen 2007, 18). Noin puolet EU-maista on kieltänyt kokonaan rahapeliautomaatit muualla kuin kasinoissa, ja muualla maailmassa automaatit on sijoitettu usein erillisiin pelihalleihin (Matilainen & Valkama 2006, 9: Rahapelifoorumin haittaryhmä 2004).

Nykyisin internet tarjoaa miltei kaikkien saataville lukuisia pelipalveluja (Internet-pelaamisesta ks. Mäyrä 2006). Rahapelien tarjonnasta on tullut kiinteä osa viihdeteollisuutta ja ne ovat tehneet aluevaltauksen myös television ja kännyköiden palvelutarjontaan. Pelaaminen on tehty mahdollisimman helpoksi ja vaihtoehtojen kirjo on lähes loputon. (ks. Murto 2005, 4; Kämppi 2007, 20.) Erityisesti rahapelit internetissä muuttavat pelitoimintaa ja -tarjontaa nopeasti. Monet ulkomaiset internetpeliyhtiöt ovat jo merkittäviä toimijoita esimerkiksi vedonlyönnissä ja pokerrissa. (Matilainen & Valkama 2006, 9.) Rahapeleistä erityisesti nettipokeri on lisännyt Suomessa huomasti suosiotaan. Nettipokerin pelaajamäärät ovat Suomessa yli

<sup>2</sup> Varvio (2007) on tehnyt yleisluontoisen kuvauksen suomalaisesta rahapelijärjestelmästä, sen kehityksestä ja siihen liittyvistä kansainvälisistä asioista, kuten Euroopan unionin vaikutuksesta.

kaksinkertaistuneet alle vuodessa (Valkama 2006a; 2006b). Myös auttavan puheli-  
men Peluurin yhteydenotoissa näkyy nettipokerin suosion kasvu (Nettipokeri-il-  
miöstä ks. Valkama 2006b). Se on noussut jo yhteyttä ottaneiden toiseksi suurim-  
maksi pääasialliseksi peliksi, samalla kun rahapeliautomaattien suhteellinen osuus  
pienenee (Murto 2006, 32; Jaakkola 2007, 11.)

Tarjolla olevia rahapelejä pelataan Suomessa innokkaasti. Kolme ylivoimai-  
sesti suosituinta rahapeliä Suomessa ovat Veikkauksen viikoittaiset arvontapelit,  
raaputusarpojen ostaminen ja raha-automaattien käyttö. Valkaman (2006a) mu-  
kaan rahapelikulutus on kasvanut voimakkaasti 1990-luvulla ja yli kaksinkertaistu-  
nut vuosijaksolla 1990–2005. Suomalaiset myös kuluttavat rahapeleihin enemmän  
kuin muiden EU-maiden kansalaiset. Erityisesti nuoret miehet käyttävät rahaa pe-  
laamiseensa ylivoimaisesti eniten suhteessa tuloihinsa. (Valkama 2006a, 10–13).

Peliongelmakentällä on siis Suomessakin tapahtunut paljon muutoksia (ks.  
esim. Jaakkola 2006a). Kun rahapelit ovat yleistyneet ja monipuolistuneet, ovat nii-  
hin liittyvät haitat aiheuttaneet lisääntyvää avun ja hoidon tarvetta. Tästä kertovat  
niin Peluuriin soittaneiden kasvavat määrät (esim. Jaakkola 2005) kuin kuntoutuk-  
seen osallistuneiden monitahoiset peliongelmat ja muut elämän ongelmat (esim.  
Huotari 2007; Ahonen & Halinen 2008). Moniongelmaisilla pelaajilla on todettu  
esimerkiksi vakavia talous-, ihmissuhde-, mielenterveys- ja päihdeongelmia (ks.  
Huotari 2007; Kämppi 2007). Siksi on tärkeää saada uutta ja laaja-alaista tietoa on-  
gelmapelaajien tuesta ja hoidosta. On tärkeää myös selvittää, miten hoitopalvelut  
on toteutettu muissa maissa (ks. luvut Ongelmapelaajien hoitoa koskevia tutkimus-  
tuloksia muissa länsimaissa ja Ongelmapelaajien hoitojärjestelmät Pohjoismaissa)  
ja tehdä vertailuja Suomen tilanteeseen.

Ennen 1990-lukua Suomessa ei ole ollut juuri kiinnostusta ongelmapelaaji-  
en ammatilliseen auttamiseen. Tuolloin pelaajat kokivat hoitoon hakeutuessaan  
usein torjuntaa. He saivat apua lähinnä AA-ryhmistä tai uskonnollisista yhteisöis-  
tä. Päihdehuollon yksiköissä heitä tavattiin vain satunnaisesti. (Heinonen 2005;  
Kämppi 2007.) Ongelmapelaajien tukipalvelujen voidaan katsoa käynnistyneen  
vuonna 1992, kun Helsinkiin perustettiin ensimmäinen GA-ryhmä (= Gamblers  
Anonymous eli nimettömät pelaajat). Tällä tarkoitetaan AA-ryhmältä lainattuun  
12 askeleen ohjelmaan perustuvaa ryhmätapaamista. Suomessa toimii tällä hetkel-  
lä aktiivisesti yhdeksän GA-ryhmää (ks. [www.nimettomatpelurit.fi](http://www.nimettomatpelurit.fi)).

1990-luvun alussa virisi A-klinikkasäätiössä ja Sininauhaliitossa kiinnos-  
tus peliongelmiä käsittelevään kouluttautumiseen, ja järjestöt aloittivat muuta-  
man vuoden kestäneen aktiivisen koulutusjakson (Heinonen 2005; Kämppi 2007).  
Murron ja Niemelän (1993) tutkimuksen tulosten perusteella päätettiin päihdepal-  
velujen työntekijöitä kouluttaa ongelmapelaajien auttamiseen. Ratkaisun ansios-  
ta ongelmapelaajien hoitopalvelut muotoutuivat päihdepalveluihin kiinnittyneiksi  
(Heinonen 2005; ks. myös Kämppi 2007). Työntekijöillä ei kuitenkaan ollut voima-  
varoja ottaa uutta tietoa ja lisätehtäviä vastaan, joten innostus uuteen tehtävään hii-  
pui (Murto 2005; Heinonen 2005). Samaan aikaan 1990-luvulla alkoi taloudellinen

lama, jonka arvioidaan vaikeuttaneen ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluiden käynnistämistä ja järjestämistä. (Heinonen 2005).

Nykyään ongelmapelaajille *varsinaisesti* kohdistettuja palveluja ovat auttava puhelin Peluuri sekä eräät kehittämishankkeet, kuten Sosiaalipedagogiikan säätiön ja Rapeli-yhteisön kuntoutus (päätyi 2007). Lisäksi Suomessa on muutamia hoitoyksiköitä, joissa tarjotaan yksilö- ja ryhmämuotoista tukea ongelmapelaajille. Näitä on tarjolla muun muassa Turun A-klinikkasäätiön Nuorisoasemalla, Kuopion kriisikeskuksessa sekä Jyväskylän Seudun päihdepalvelusäätiössä. Päihdehuollon laitostuntoutusyksiköistä Kouvolan kuntoutuskeskuksessa sekä Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskuksessa (ks. Nykytila s. 87) on erityinen hoito-ohjelma ongelmapelaajien laitostuntoutukseen. Nämä palvelut esitellään luvussa 4. Lisäksi ongelmapelaajia hoidetaan esimerkiksi psykiatrian poliklinikoilla.

## Ongelmapelaajat ja peliriippuvuus tänään

Suurimmalle osalle väestöstä rahapelaaminen on suhteellisen harmitonta huvia ja pelkkää sosiaalista ajanvietettä. Tutkimusten valossa varsinainen rahapeliongelma koskettaa suhteellisen harvoja. (ks. Kämppi 2007, 22). Ensimmäinen laaja Suomessa toteutettu, koko väestöön kohdistuva tutkimus on Taloustutkimus Oy:n tekemä Rahapelitutkimus (2003). Siinä haastateltiin puhelimitse 5013:a mannersuomalaista, jotka olivat 15-vuotta täyttäneitä. Menetelmänä käytettiin ongelmapelaajien löytämiseen kehitettyä The South Oaks Gambling Screen (SOGS) -kysymysrunkoa Suomen oloihin sovellettuna. Tutkimuksen mukaan Suomen väestöstä noin 1,5 % kuuluu *runsaasti pelaavien riskiryhmään*, väestötasolla se tarkoittaa noin 65 000:tä henkilöä. (Ks. Ilkas & Turja 2003.)<sup>3</sup>

Rahapelitutkimus (ks. Aho & Turja 2007) uusittiin vuonna 2007. Vuoden 2003 kriteereillä (nk. runsaasti pelaavien riskiryhmä) ongelmapelaajien määrä on pysynyt entisellään. Tätä lukua 65 000 käytetään usein julkisuudessa ongelmapelaajien määrästä puhuttaessa (Tammi 2008). Vuoden 2007 Rahapelitutkimuksen mukaan noin 1 % eli koko väestöön suhteutettuna noin 38 000 henkilöä kertoi pelaavansa mielestään *ongelmallisen paljon rahapelejä*. Vastaajista noin 3 % (eli noin 124 000 suomalaista) arvioi, että on joskus aiemmin (mutta ei enää) pelannut ongelmallisen paljon rahapelejä. Pelaaminen internetin välityksellä on yleistynyt vuodesta 2003, jolloin peleihin osallistui tavallisimmin internetin kautta 5 % vastaajista, kun määrä vuonna 2007 oli jo 13 %. Tutkimuksen mukaan tyypillinen suomalainen rahapelaaja on viikoittain rahapelejä pelaava nuorehko mies. (ks. Aho & Turja 2007.) Peluuriin soittaneiden perusteella naispelaajat ovat keski-ikäisiä tai vanhempia ja pelaavat miehet taas useammin nuoria aikuisia (ks. Jaakkola 2005, 12–14). Nämä samat ikäryhmien sukupuolittaiset erot tulivat esille myös So-

3 Koko maailman väestöstä arvioidaan noin 1–4 prosentin olevan peliongelmaisia. Eri maissa tehtyjen tutkimusten mukaan ongelmapelaajien osuus koko väestöstä on ollut tavallisimmin yhden tai kahden prosentin luokkaa maasta riippuen. (Kämppi 2007, 22; Jaakkola 2006b, 28.)

siaalipedagogiikan säätiön kuntoutukseen (N = 30) osallistuneilla ongelmapelaajilla (ks. Huotari 2007, 34–35).

Suomalaisten ongelmapelaajien tyypillisin peli on rahapeliautomaatti. Tämä on tullut esille myös Peluuriin yhteyttä ottaneiden rahapelaajien tietojen perusteella (ks. Jaakkola 2005, 16–19) sekä Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutukseen osallistuneita koskevassa tutkimuksessa (ks. Huotari 2007). Tyypillistä on myös se, että ongelmapelaajat pelaavat tavallisesti useita eri pelejä (Ilkas & Turja 2003; Aho & Turja 2007; Huotari 2007). Miesten peleihin käyttämä rahamäärä on suurempi kuin naisten (Ilkas & Turja 2003, 1–7, 12–13). Ongelmapelaajien peleihin käyttämät rahasummat vaihtelevat suuresti, ja toisaalta niitä on myös vaikea arvioida, sillä pelaajat eivät aina kerro tarkkoja rahasummia (ks. Huotari 2007, 37–38). Rahapelitutkimus 2007:n mukaan ongelmapelaajat käyttävät kuukausittaisista nettotuloistaan rahapelaamiseen keskimäärin 32,5 % (Aho & Turja 2007). Usein ongelmapelaajat toteavat pelaavansa rahat sitä mukaa kun rahaa tulee tai aina kun sitä on (Jaakkola 2005, 17; Huotari 2007, 38).

Velkaantuminen ja velkakierteet ovat monille ongelmapelaajille tyypillisiä (esim. Nikkinen 2008). Lähteenmaan ja Strandin (2008) mukaan eniten velaksi pelataan nettipokeria ja toiseksi eniten peliautomaatteja. Esimerkiksi Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutukseen osallistuneista pelaajista noin puolet oli velkaantuneita. Velat vaihtelivat pienistä vipeistä kymmeneen tuhansiin euroihin, suurin mainittu velka oli 100 000 euroa. (Ks. Huotari 2007, 39.) Peliveloista ja niiden vakavista seurauksista on alettu kertoa myös tiedotusvälineissä. Esimerkiksi Helsingin Sanomat julkaisi 20.11.2007 uutisen, jossa velkojansa puukottanut ja ruumiin metsään piilottanut sai yhdeksän vuotta vankeutta. Sekä tekijällä että uhrilla oli yli 100 000 euron pelivelat, jotka he olivat hankkineet pelaamalla rahapelejä internetissä.<sup>4</sup> Tapahtumaketju sai alkunsa, kun velkoja tuli perimään 10 000 euron summaa, jonka aikoi maksaa omalle velkojalleen. Velallinen oli vielä edellisenä yönä yrittänyt nettipelissä hankkia summaa kasaan, mutta hävisi kuitenkin yrittäessään hankkia lisää rahaa. Kun rahaa ei ollut antaa, syntyi miesten välille yhteenotto, jonka tuoksina velallinen löi puukolla selkään velkojaansa, joka kuoli. (HS 20.11.2007, A 11.) Tämä yksittäinen ääriesimerkki kertoo osaltaan siitä, kuinka vakavasta ongelmasta on kyse ja minkälaisiin seurauksiin ongelmallinen pelaaminen voi pahimmillaan johtaa. Peliongelmiin nopea ja näyttävä raportointi mediassa näkyy myös kansalaismielipiteessä: kun vuonna 2003 ongelmapelaamista piti vakavana ongelmana puolet suomalaisista, niin vuonna 2007 jo miltei kaksi kolmasosaa oli tätä mieltä (Ilkas & Turja 2003; Aho & Turja 2007; Tammi 2008).

Eri tutkimuksissa ja selvityksissä (esim. Murto & Niemelä 1993; Villikka 2004; MCGovan 2004; Murto 2005; Turja 2006; Huotari 2007) on tullut ilmi, että on ole-

4 Mäyrä (esim. 2006, 19) on tarkastellut internet-pelaamisen haittoja. Viihteellisten verkkopelin osalta hallinnasta karanteen rahankäytön lisäksi hallitsematon ajankäyttö on ongelmista näkyvin: peliin ”jäädään koukkuun” jopa siinä määrin, että työ, opinnot tai sosiaalinen elämä uhrataan. Ongelmat kärjistyvät verkkopeleissä, koska siellä on helppo päästä pelin pariin ja pelaaja voi pelata verkossa anonyyminä kenkään näkemättä. (Mäyrä 2006, 19.)

massa hyvin erilaisia ongelmapelaajia. Osalla niin sanotuista ongelmapelaajista tai peliriippuvaisista on ”pelkkä” peliongelma. Osalla on peliongelman lisäksi vakava päihdeongelma. Heitä voisi kutsua peli- ja päihdeongelmaisiksi. Monella ongelmapelaajista on myös laaja-alaisia ongelmia useilla eri elämän alueilla, heitä voisi kutsua moniongelmaisiksi peliriippuvaisiksi. Tässä arvioinnissa ei tarkemmin keskitytä erilaisten pelaajaprofiilien esittelyyn (ks. esim. Murto & Niemelä 1993; Poteri & Touru 1995; Huotari 2007), vaan niitä tuodaan esille luvussa Aiempi suomalainen ongelmapelaajien hoitoa koskeva tutkimus siltä osin kun ne liittyvät hoitojärjestelmän toimivuuteen ja eri asiakasryhmiin.

Tarkkoja rajoja ongelmaton pelaamisen, riskipelaamisen, ongelmapelaamisen ja peliriippuvuuden välille on vaikea vetää. Peliriippuvuus sijoittuu jaotelluissa toiminnallisissa riippuvuuksiin. Toiminnallisissa riippuvuuksissa henkilö kokee voimakasta halua tai pakonomaista tarvetta aineen sijaan johonkin toimintaan, kuten raha- tai tietokonepelaamiseen tai vaikkapa ostamiseen. Suurimmalle osalle pelaajista rahapelaaminen ei aiheuta haittoja (ks. taulukko 2). Heidän osaltaan voidaan puhua kohtuupelaamisesta tai vastuullisesta pelaamisesta (taso 1). Ongelmallinen pelaaminen voidaan jakaa kahteen tasoon. Tasolla kaksi pelaaminen aiheuttaa ajoittaisia ongelmia, tai haitat tai negatiiviset seuraukset ovat määrältään tai laadultaan vähäisempiä kuin tasolla kolme, jolla voidaan puhua jo vakavista ongelmista. Tasojen välillä liikutaan molempiin suuntiin. (Pelin merkit 2008.)

TAULUKKO 2. Pelaamisen tasot (lähteet: Pelin merkit 2008; Australian Productivity Commission 1999)

Enemmistö	Vähemmistö	Pieni ryhmä
ei ongelmaa	kohtalainen ongelma	vakava ongelma
taso 1	taso 2	taso 3
ajanviete harrastus sosiaalinen toiminta miellyttävä ympäristö	tappioiden tasoitusyritykset syllisyys riidat pelaamisen salaaminen ajoittainen masennus korkea kulutus	masennus itsemurha-ajatukset ero velka ja köyhyys rikollisuus

Varsinaisen peliriippuvuuden tautiluokitusdiagnoosi löytyy sekä Maailman Terveysjärjestön WHO:n kehittämässä ICD-tautiluokituksessa (10. versio eli ICD-10) että Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen APA:n (American Psychiatric Association) DSM-diagnoosijärjestelmässä (4. versio eli DSM-IV). Maailman terveysjärjestön ICD-10 määrittelee pelihimon häiriöksi, joka ”käsittää usein toistuvia henkilön elämää hallitsevia uhkapelijaksoja. Ne vahingoittavat hänen sosiaalisia,



ammattillisia, aineellisia ja perheeseen liittyviä arvojaan ja sitoumuksiaan”.<sup>5</sup> APA:n laatimassa DSM-IV luokituksessa todetaan, että peliriippuvuudessa jatkuva ja uusiutuva uhkapelikäyttäytyminen ilmenee kymmenestä luetellusta tavasta vähintään viidellä eri tavalla. Näitä luokituksessa kuvattuja tapoja ovat muun muassa seuraavat:

- on pelattava jatkuvasti suuremmilla rahasummilla saadakseen haluamansa jännityksen
- henkilöllä on toistuvia epäonnistuneita yrityksiä lopettaa pelaaminen
- pelaamisen vähentäminen tai lopettaminen aiheuttaa negatiivisia tunnetiloja (esim. levottomuutta, ärtyisyyttä)
- henkilö valehtelee tai salaa pelaamisen aiheuttamien rahallisten menetysten määrän
- henkilö tukeutuu muihin selvittääkseen pelaamisen aiheuttamasta taloudellisesta ahdingosta tai
- henkilö on menettänyt tai vaarantanut tärkeän työpaikan, ihmissuhteen tai mahdollisuuden pelaamisen takia. (Kämppi 2007; Nikkinen 2008; määritelmien kritiikistä ks. Nikkinen 2008.)

Tammi (2008) on tarkastellut peliongelman ja peliriippuvuuden esiinnousua ja käsitelmäärittelyä kansainvälisen tutkimuksen ja psykiatrian valossa. Hän kuvaa, kuinka addiktio- ja patologianäkökulmat ovat 1990-luvulle saakka hallinneet rahapeliongelmiin tutkimusta ja sen pohjalta kehitettyjä hoitomenetelmiä. Tultaessa 2000-luvulle kenttä on laantunut ja yksilöpatologinen näkökulma on saanut haastajia. Nouseva suuntaus on nyt epidemiologiseen tietoon pohjautuva kansanterveysnäkökulma, jossa huomio siirtyy yksilön hoitamisesta haittojen ehkäisyyn ja sitä palvelevaan tutkimukseen. Kansanterveydellisen näkökulman tavoitteena on haittojen sääteily väestötasolla ja sen keskeisenä keinona (kuten tupakka- ja alkoholipolitiikankin) on saatavuuden rajoittaminen. (Tammi 2008.)

## Aiempi suomalainen ongelmapelaajien hoitoa koskeva tutkimus

Tässä arvioinnissa ei käydä läpi ongelmapelaajista aiemmin tehtyjä suomalaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia vaan keskitytään peliongelman *hoitoa* koskeviin tutkimuksiin. Lyhyesti voidaan kuitenkin todeta, että kansainvälinen aihepiirin tutkimustoiminta on melko laajaa (esim. MCGovan 2004). Sen sijaan Suomessa ongel-

---

5 Suomessa on käytössä ICD-10 (F63.0) tautiluokitusdiagnoosi. Kyse on luokituksen mukaisesti mielenterveyshäiriöstä. ICD-10 -luokituksen mukaan pelihimosta kärsivät voivat myös ”saattaa työpaikkansa uhanalaisiksi, velkaantua huomattavasti tai valehdella tai rikkoa lakia saadakseen rahaa tai välttääkseen velanmaksua. Heillä on pakottava, vaikeasti hallittava halu pelata. Heidän ajatuksiaan hallitsevat pelaamista-pahtumaan ja -olosuhteisiin liittyvät mielikuvat. Tämä pakottava tarve voimistuu usein rasittavissa elämäntilanteissa. Tätä häiriötä kutsutaan myös pakonomaiseksi pelaamiseksi.” (ks. Pelin merkit 2008.)

mana on pitkään ollut aiheeseen liittyvän tutkimustoiminnan vähäisyys ongelman laajuuteen nähden (vrt. esim. Niinikoski ym. 2005). Rahapelaamista ja sen haittoja koskevan tutkimuksen voidaan katsoa Suomessa virinneen hieman laajemmin vasta 2000-luvulla. Suomessa on myös tehty 2000-luvulla useita rahapelaamista koskevia opinnäytetöitä (ks. Hotti 2000; Kinnunen 2002; Pajula 2004; Murto 2005; Taskinen 2007; Varvio 2007; Kämppi 2007) ja muita tutkimuksia (esim. Huotari 2007; Ahonen & Halinen 2008), joissa on eritelty aiempaa rahapelaamista koskevaa tutkimusta<sup>6</sup>.

Erityisesti viime vuosina peliongelmatutkimus on laajentunut nopeasti. Vuonna 2006 Sosiaali- ja terveysministeriö teetti tai rahoitti tutkimukset nuorten pelaamisesta ja peliongelmistä (Ilkas & Aho 2006a), ongelmapelaajien hoitopalveluista kunnissa (Turja 2006) sekä pelaamisen ikärajojen valvonnasta (Ilkas & Aho 2006b). Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Stakesille tehtäväksi tutkia ja seurata rahapelihaittoja sekä kehittää ongelmien ehkäisyä ja hoitoa. STM on myös rahoittanut suoraan tai Suomen Akatemian ja Alkoholitutkimussäätiön välityksellä yli kymmenen ongelmapelaamisen tutkimushanketta sekä teettänyt monia eri selvityksiä ja arviointoja. (Ks. [www.stakes.fi/pelihaitat](http://www.stakes.fi/pelihaitat) ; Tammi 2008.)<sup>7</sup> Merkitävä oli vuoden 2002 arpajaislainsäädäntö (ArpL), joka antoi Sosiaali- ja terveysministeriölle tehtäväksi seurata ja tutkia rahapelaamisesta aiheutuvia ongelmia. Tällöin kolme yksinoikeusyhteisöä (RAY, Veikkaus, Fintoto) velvoitettiin laissa rahoittamaan ongelmien tutkimusta. (Tammi 2008.)

Ongelmapelaajien *hoidosta* kiinnostuivat Suomessa ensimmäisenä päihdehuollon parissa toimivat tahot. Ensimmäinen suomalaisten ongelmapelaajien hoitoa sivuava tutkimus oli Lasse Murron ja Jorma Niemelän noin 15 vuotta sitten tekemä tutkimus, aineistona 30 ongelmapelaajan haastattelut (1993). Tutkimus oli laadullinen ja keskittyi ongelmapelaajien profiliin, mutta vasta tuo tutkimus otti huomioon ongelmapelaajien hoidon tarpeen. Tätä ennen ongelmapelaajia ei Suomessa tarkasteltu sairaus- tai hoitonäkökulmasta.

Murto ja Niemelä jakoivat ongelmapelaajat viiteen ryhmään: moniriippuvaisiin (päihdeongelma ja muita riippuvuuksia), psykiatrisessa hoidossa olleisiin (enemmistönä naiset), koetun yksinäisyyden ja turhautuneisuuden vuoksi pelaaviin, ammattipelureihin ja muihin. Murto ja Niemelä havaitsivat, että psykiatrisessa hoidossa olleiden ryhmän sisällä oli vaikeaa erotella psyykkisten ongelmien, hoidon ja ongelmapelaamisen esiintymisaikoja. Ei voitu todeta, olivatko ongelmat edeltäneet pelaamista vai päinvastoin. (ks. tarkemmin Murto & Niemelä 1993) Tämä pelaamisen syiden ja seurausten erittely on huomattu haastavaksi muissakin tutkimuksissa (esim. Huotari 2007).

<sup>6</sup> Esimerkiksi Taskinen (2007) on tehnyt hyvän katsauksen suomalaiseen ja kansainväliseen rahapelitutkimukseen.

<sup>7</sup> Tällä hetkellä on menossa myös Stakesin toimeksiannosta ja STM:n rahoituksella (ArpL 52§) toteutettava täydennyskoulutus rahapeliongelmien ehkäisystä ja hoidosta. Hankkeen toteutusta koordinoi Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Koske ja sisällöntuotannosta vastaavat eri järjestöt.

Hoitoon hakeutumisen kannalta tärkeä Murron ja Niemelän havainto moniriippuvaisten ryhmän pelaamista selittävien syiden osana on se, että pelaaminen on verrattavissa niin sanottuihin ”ylenmääräisiin haluihin” (excessive appetites) kuten liikasyömiseen, juomiseen, huumeiden käyttöön tai sairaalloisesti korostuneeseen seksuaalisuuteen ja niihin liittyvään ongelmakäyttäytymiseen. Pelaaja siis pakenee jokapäiväisen elämän paineita ja stressiä pelihimoonsa ja odottaa tuon pelaamisen muodostaman epänormaalin suhteen tyydyttävän tarpeitaan. (Murto & Niemelä 1993; ks. myös Kämppi 2007, 29.) Näin keskeiseksi kysymykseksi nousee hoitoon hakeutumisen kannalta se, pitäisikö ongelmapelaajia ohjata saamaan tukea ja hoitoa juuri addiktioihin keskittyneistä yksiköistä.

Murron ja Niemelän (1993) tutkimuksessa luotu pelaajatypologia on keskeisesti määrännyt suomalaisia hoitojärjestelmäratkaisuja (Murto 2005). Tammi (2008) toteaa tutkimuksen saamasta laajasta mediahuomiosta ja tutkimuksen vaikutuksista hoitojärjestelmään seuraavaa: ”tutkimusprosessin myötä rahapeliongelma tuli osaksi Murron ja Niemelän johtamien päihdehuollon organisaatioiden (A-klinikkasäätiö ja Sininauhaliitto) toimintaa. A-klinikkasäätiö ja Sininauhaliitto olivatkin, RAY:n tuella, 1990-luvun loppupuolella ne tahot, jotka pitivät yllä amatillista ja yhteiskunnallista keskustelua rahapelaamisesta ongelmana” (Tammi 2008, 179). Ongelmapelaajien hoito onkin Suomessa kehittynyt päihdeongelman hoitoperinteen pohjalta. Suomessa päihdeongelman ja peliongelman hoito ovat olleet yhteen nivoutuneita, ja peliongelmaa ovat perinteisesti hoitaneet ensisijaisesti A-klinikat. (Niinkoski, von Hertzen & Pekkala 2005.)

Poterin ja Tourusen (1995) tutkimus käsitteli sekä asiakas- että työntekijähaastattelujen pohjalta peliongelman hoitoa, sen toimivuutta sekä siitä nousevia kehittämistarpeita. Tuolloin Poteri ja Tourunen arvioivat peliongelman hoidon toimivan Suomessa pääosin hyvin. AA-ryhmien periaatteella toimivien GA-ryhmien valiksi nähtiin vertaistuki. Ongelmapelaajat saavat muista ryhmäläisistä samastumisen kohteita, ja ryhmässä toimiminen auttaa tutkijoiden mukaan paremmin ymmärtämään peliongelman sairaudeksi, josta on mahdollista toipua. (Poteri & Tourunen 1995.)

Poteri ja Tourunen (1995) ovat nimenneet tutkimuksessaan neljä pelaajaryhmää: 1) ”naiset ja herkät tunteet”, 2) ”moniriippuvaiset”, 3) ”nuoret miehet ja elämä etsinnässä” ja 4) ”elämän muutosvaiheessa pelaavat”. Tutkijat kuitenkin huomauttivat, että peliasiakastyypit eivät välttämättä sulje toisiaan täysin pois, vaan tietyt hoitoon hakeutumisen ja hoitokokemusten piirteet voivat olla yhteisiä kaikille tai osalle tyypeistä. (Poteri & Tourunen 1995, 37.) Myös tämä tyypittely vaikuttaa nykykäytysiin.

Poterin ja Tourusen (1995) tutkimuksen ”naiset ja herkät tunteet” -ryhmä rinnastuu parhaiten Murron ja Niemelän psykiatrisessa hoidossa olleiden ryhmään. Samoin molemmissa tutkimuksissa ”moniriippuvaiset” ovat kutakuinkin yhtäläinen tulos. Myös Huotari (esim. 2007, 89) löysi arvioinnissaan ryhmän ”moniongel-

maisista pelaajia”. Tuen ja hoidon tarjoamisen kannalta on siis tärkeää huomata, että ongelmapelaajat ovat hyvin erilaisia.

Poterin ja Tourusen (1995) tutkimuksesta ensimmäinen ryhmä ”naiset ja herkäät tunteet” muodostavat Peluurin (ks. esim. Jaakkola 2005; 2007; Kämppi 2007, 30) aineistojen kanssa yhtenevän ryhmän. Naisten pelaaminen on Poterin ja Tourusen tutkimuksen mukaan alkanut myöhemmin kuin miesten, tavallisimmin keski-ikässä. Pelaaminen on aluksi ollut satunnaista rahapeliautomaattien kokeilua ja lisääntynyt sittemmin vaikeiden elämänvaiheiden, vastoinikäymisten ja uusien pelien takia. Erilaisten uupumis- ja mielenterveysongelmien, yksinäisyyden tai parisuhdeongelmien johdosta pelaamisen on voinut ajautua impulsiiviseksi ja hallitsemattomaksi ja samalla sekin on alkanut lisätä elämäntilanteiden ongelmia. (Poteri & Tourunen 1995, 38; Kämppi 2007, 30.) Hoidon ja tuen kannalta on oleellista pohtia, mikä on oikea tai sopiva hoitopaikka esimerkiksi näille naisille: mielenterveystoimisto, A-klinikka vai kenties jokin erillinen, vain ongelmapelaajien tukeen ja hoitoon keskittynyt yksikkö.

Poteri ja Tourunen (1995) myös toteavat, että ”naiset ja herkäät tunteet” -ryhmän on vaikea hakeutua hoitoon ja sitoutua pelaamattomuuteen. Hoito ulkoistuu suhteessa peliongelmaan, ja naiset saattavat toivoa, että jokin hoitomenetelmä ikään kuin ulkoisena ihmeenä ratkaisisi ongelmat. Oma muutostahto, -usko ja -voima on hankalaa löytää (Poteri & Tourunen 1995). Myös muissa tutkimuksissa (esim. Huotari 2007) on saatu tuloksia siitä, että osa moniongelmaisista pelaajista ei voi lopettaa pelaamistaan, vaikka pelaamisen sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä haittoja voidaan vähentää. Tuki- ja hoitojärjestelmän kannalta nämä ovat tärkeitä huomioita, kun mietitään, millaista tukea tai hoitoa eri pelaajaryhmille pitäisi järjestää.

Mielosen ja Tiittasen tutkimuksessa (1999) on tarkasteltu hoitoon päässeiden *pelaajien kokemuksia hoidosta* sekä heidän arvioitaan pelaamiseen johtaneista syistä ja seurauksista. Tekijöiden aineistona olivat yhdeksän ongelmapelaajan kirjoittamaa esseenä ja heidän teemahaastattelunsa. Ongelmapelaajien mukaan tiedon saaminen hoitomahdollisuuksista oli vaikeaa tai sattumanvaraista<sup>8</sup>. Myös hoitoon pääsy oli vaikeaa. Kun hoitoon oli päästy, siitä oli ollut apua ja hoito koettiin hyödylliseksi. Hoitopakettia pidettiin kuitenkin liian lyhyinä ja hoitoa pinnallisena. Oma motivaatio koettiin tärkeäksi hoidon onnistumiselle. Jotta hoito ja kuntoutus onnistuisivat, hoitoon hakeutuvalla pitää olla omaa halua ja tahtoa tehdä vallitsevaan tilanteeseen muutos (Mielonen & Tiittanen 1999.)

2000-luvulla on tehty neljä ongelmapelaajien hoitoa käsittelevää tutkimusta. Jukka Heinonen (2004) on selvittänyt hoitoon hakeutumista ja hoidon saatavuutta rahapeliongelmissa ja Heidi Villikka (2004) on tehnyt raportin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kohdatuista peli- ja päihdeongelmallisista ja heille tarjotuista palveluista. Antti Murto (2005) on tarkastellut ongelmapelaajien hoitoon sijoittu-

8 Myös Poterin ja Tourusen (1995) tutkimuksessa ilmeni, että hoitoyksiköiden ja niiden työntekijöiden tiedot ja suhtautuminen peliongelmaan vaihtelivat suuresti. Tässä arvioinnissa tarkastellaan sitä, miten hoitojärjestelmässä osataan tunnistaa peliongelma ja ohjata peliongelmaisia hoitoon (esim. luvut 5 ja 6).

mista ja A-klinikoiden sopivuutta ongelmapelaajien hoitopaikaksi. Kuntien sosiaalihoitajille (N = 462) lähetetyssä Kuntakyselyssä (Turja 2006) pyrittiin selvittämään ongelmapelaajien hoitoon sijoittumista ja palvelujärjestelmän tiedontasoa rahapeliongelman käsittelyssä. Seuraavaksi tarkastellaan näitä neljää tutkimusta.

Jukka Heinonen (2004) on selvittänyt ongelmapelaajien hakeutumista hoidon ja tuen piiriin. Tämän A-klinikkasäätiön selvityksen mukaan vuonna 2003 ensisijaisesti rahapeliongelman vuoksi hoitoon hakeutui 400–450 henkilöä. Päihdeongelmien vuoksi hoitoon hakeutuneista 5 000–5 500:lla oli ajoittain sekundäärisenä ongelmana myös peliongelma. Hoitoon hakeutuminen näyttää siis peräti viisinkertaistuneen Poterin ja Tourusen (1999) tutkimuksen lukumääräarvioon – 1 000 henkilöä – verraten (ks. Heinonen 2004; Kämppi 2007). Vaikka avun hakeeminen peliongelmiin on viime vuosina lisääntynyt, on ongelmapelaajista edelleen vain pieni osa varsinaisten hoitopalvelujen piirissä. (Rahapelifoorumin haittaryhmä 2004.)

Myös Villikan raportti (2004) Stakesin *Päihdetapauslaskennassa*<sup>9</sup> tavoitetuista ongelmapelaajista on tärkeä tämän arvioinnin kannalta. On kuitenkin huomattava, että Villikan aineisto kertoo vain sellaisista ongelmapelaajista, joilla on päihdeongelma, koska Päihdetapauslaskennassa on kyse päihde-ehtoisista asioinneista. Hän raportoi vuoden 2003 Päihdetapauslaskennassa tavoitettujen ongelmapelaajien määrää ja erityispiirteitä (muun muassa ikä, sukupuoli, siviilisäät, sosioekonominen asema) sekä loi tämän arvioinnin kannalta tärkeää kuvaa siitä, missä kohdin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ongelmapelaajia oli kohdattu ja minkälaisia palveluja heille oli tarjottu. (Villikka 2004.)

Päihdetapauslaskennassa tavoitetuista päihde-ehtoisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäneistä asiakkaista suhteellisen monella (5,1 %) <sup>10</sup> oli rahapeliongelma, mikä on väestön keskimääräistä osuutta (1,5 %) hieman korkeampi. Päihdeasiakkaiden joukossa on siten suhteellisen paljon ongelmapelaajia. Suurin osa päihdepalvelujen ongelmapelaajista oli miehiä. Näiden joukossa painottuivat naimattomat, asumuserossa olevat ja alle 29-vuotiaat. Suurin osa rahapeliongelmaisista päihdeasiakkaiden oli työelämän ulkopuolella. Yleisimpiä peliongelmat olivat päihdepalveluissa tavattavien eläkeläisten (joista ongelmapelaajia oli 6,3 %) ja opiskelijoiden (joista ongelmapelaajia oli 5,7 %) keskuudessa. Joka toinen rahapeliongelmainen päihdeasiakas kärsi mielenterveyden häiriöstä. (Villikka 2004.)

Päihdetapauslaskennassa tavoitetuista ongelmapelaajista (ks. Villikka 2004) enemmistö oli hakeutunut hoitoon avohuollon yksiköihin sosiaalisten ongelmien vuoksi, seuraaviksi yleisimmät syyt olivat taloudelliset ongelmat ja masennus. Päihdeasiakkaiden rahapeliongelmat näyttävät kytkeytyvän myös muihin sosiaalisiin ja taloudellisiin ongelmiin sekä yleisemminkin huono-osaisuuteen. (Villikka

9 Päihdetapauslaskentoja on tehty Suomessa vuodesta 1972 alkaen. Laskentojen tarkoituksena on kerätä tietoa yhden vuorokauden aikana sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikoissa tehdyistä päihde-ehtoisista asioinneista. Vuonna 2003 tiedusteltiin ensi kertaa päihdeasiakkaiden peliongelmistä. (Villikka 2004.)

10 Vuoden 2007 päihdetapauslaskennassa vastaava luku oli 4 %.

2004). Myös ulkomaisissa ongelmapelaamisen esiintyvyytutkimuksissa on todettu, että peliongelmat ovat keskimääräistä yleisimpiä niillä aikuisilla, joilla on mielenterveys-, alkoholi- tai huumeongelma tai jotka ovat näiden ongelmien vuoksi hoidossa (MCGovan 2004). Myös tätä moniongelmaista kohderyhmää tarkastellaan tässä arvioinnissa.

Villikan (2004) mukaan päihdehuollon puolelle kertyi keskimääräistä enemmän ongelmapelaajien asiointeja ja terveydenhuollon yksiköihin keskimääräistä selvästi vähemmän. Kaikkiaan joka kolmannelle päihdeasiakkaalle oli merkitty ”ei tietoa” rahapeliongelmaa kysyttäessä, terveydenhuollon palveluissa tieto asiasta puuttui jopa yli puolelta asiakkaista. (Villikka 2004.) Tämä Villikan tulos antaa viitteitä siitä, että rahapeliongelmaa Suomessa hoidetaan ensisijaisesti päihdehuollon yksiköissä, terveydenhuollossa eivät päihderiippuvaisten peliongelmat näyttäisi juuri tulevan esiin.

Villikka (2004) toteaa myös, etteivät kaikki ongelmapelaajat ole päihteiden ongelmakäyttäjii. Tällaisten ei-päihderiippuvaisten ongelmapelaajien voi olla vaikeampaa hakea apua päihdehuollon yksiköistä kuin päihderiippuvaisten. Jotta myös näiden ryhmien ongelmapelaajia saataisiin palveluiden piiriin, tulisi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa laajemminkin olla hyvä valmius tunnistaa rahapeliongelmia. (tarkemmin Villikka 2004.) Tässä arvioinnissa käsitellään myös tätä kysymystä osana hoitojärjestelmän kehittämistarvetta.

Antti Murto (2005) on selvittänyt ongelmapelaajien hoitoon sijoittumista suomalaisessa yhteiskunnassa haastatteleamalla yhdeksää asiantuntijaa. Murto nosi tarkastelun keskiöön kysymyksen, ovatko A-klinikat oikea hoitopaikka ongelmapelaajille. Murron mukaan haastatellut asiantuntijat olivat varsin yksimielisiä A-klinikan leimasta puhtaasti alkoholiongelmiin keskittyvänä hoitopaikkana ja totesivat yksikantaan tämän vaikuttavan myös ongelmapelaajien hoitoon hakeutumiseen. Samansuuntaisen havainnon teki myös Villikka (2004). Murron (2005) haastattelemat asiantuntijat olivat sitä mieltä, että 1990-luvulla tehty ratkaisu sijoittaa ongelmapelaajien hoito A-klinikoille oli perusteltu, mutta nyt muuttuneessa tilanteessa ja pelaajamäärien kasvaessa muiden sektorien aktivoitumista pidetään välttämättömänä. (Murto 2005).

Kuntakysely (ks. Turja 2006) antaa hyvin hajanaisen kuvan kuntien käytännöistä ongelmapelaajien suhteen. Kysely lähetettiin kuntien sosiaalijohtajille (N = 462). Aiheen vähäisestä tunnettavuudesta ja linjausten puutteesta kertovat muun muassa kyselyn vastausprosentin (28 %) alhaisuus, palveluiden nimeämisen vaikeudet ja useat tyhjäksi jääneet vastauskohdat. Vastaajista noin kaksi kolmasosaa (60 %) oli sitä mieltä, että ongelmapelaajat otetaan huomioon kunnan palvelujärjestelmässä joko melko huonosti tai erittäin huonosti. Sosiaalijohtajien mukaan ongelmapelaajien kohtaaminen kunnan palveluissa *ei ole kovin yleistä*. Tiedon tarpeesta ja hoitoon liittyvän osaamisen kehittämisestä kertoo se, että kuntien työntekijät hankkivat tietoa rahapeliongelmistä yleensä omatoimisesti (81 %), ei niinkään kuntien järjestämästä koulutuksesta. (Ks. tarkemmin Turja 2006.)

Kuntakyselyssä (Turja 2006) oleellista on myös tieto siitä, että peliongelma nähtiin usein osaksi laajempaa ongelmakokonaisuutta. Vain 18 % katsoi itse pelaamisen olevan pelaamisesta kärsivän asiakkaan pääasiallinen ongelma. Useimmin mainitut pääongelmat olivat päihdeongelmat (39 %), mielenterveysongelmat (21 %) ja taloudelliset ongelmat (19 %). Erityisesti sosiaalitoimistoissa peliongelma näytti tulevan esiin osana asiakkaan laajempaa ongelmakokonaisuutta ja *apua oli alun perin tultu hakemaan johonkin muuhun*. (Ks. tarkemmin Turja 2006.)

Myös Jenni Kämppi (2007) on sivunnut tutkimuksessaan pelaajien hoitokokemuksia. Hänen tutkimuksensa kohdentui Peluuriin soittaneisiin ongelmapelaajiin. Tutkimuksessa tuli esille kolme soittajan toimintamallia: passiivinen ja poissulkeva, avun hakemiseen aktivoitumassa oleva ja aktiivisesti apua hakeva. Ensimmäisen toimintamallin mukaan osa pelaajista haluaa viimeiseen saakka välttää avun hakemista, kieltää ongelman tai kieltäytyy hoidosta. He voivat luvata läheisilleen lopettaa pelaamisen (tai mennä hoitoon), mutta pettävät sitten lupauksensa. Toisen toimintamallin mukaan osa pelaajista haluaa irti pelaamisesta tai vasta miettii pelaamisensa luonnetta haluamatta silti selkeästi hakea apua tai osaamatta nimeä auttavaa tahoa, josta haluaisivat tietoa. Tällainen soittaja on siis vasta aktivoitumassa avun hakemiseen. (Kämppi 2007.)

Kämpin (2007) muodostaman kolmannen toimintamallin mukaan osa pelaajista oli jo monin erilaisin tavoin hakenut aktiivisesti apua. Pelaajat olivat esimerkiksi hakeneet porttikieltoja pelisaleihin, antaneet raha-asiansa ja pankkikorttinsa läheisten vastuulle tai kertoneet pelaamisestaan läheisilleen. He myös kertoivat hoitopaikoista ja -tavoista, joita olivat kokeilleet ja käyttäneet tai joita heille oli suositeltu. Kämppi jakaa nämä hoitokokemukset kahteen luokkaan, ammattilaisten apua vastaanottaneisiin ja toisaalta apua saaneisiin. Ammattilaisten taholta apua vastaanottaneet olivat tavallisimmin kertoneet hakeutuneensa avohoitoon A-klinikoille tai käyttäneensä peliongelman sekoittanutta elämäntilannetta selvitellessään muita viranomaispalveluja kuten käyneet sosiaalitoimistossa, velkaneuvonnassa tai edunvalvojan luona. Terveystenhuoltopalveluita käyttäneet olivat saaneet tukea esimerkiksi kunnan tai yksityiseltä psykologilta, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiöstä, omalääkäriltä tai psykiatrilta. (Kämppi 2007.)

Laitoshiitoon turvautuneet olivat jo olleet peliongelman tai muun riippuvuusongelman vuoksi katkaisuhoidossa ja pohtivat samankaltaista pysäytysjaksoa ratkaisuksi peliongelmaansa. Toisaalta apua vastaanottaneet olivat saaneet tukea erityisesti läheisiltä (lapsi, aviomies, ystävä, sukulainen) tai oma- ja vertaisapuryhmistä, seurakunnilta sekä vaihtoehtohoidoista (esimerkiksi hypnoosista). (Kämppi 2007.) Hoitoon hakeutumisen syynä oli rahatilanteen vaikeus Kämpin (2007) tutkimuksen lisäksi sekä Poterin ja Tourusen (1995) että Mielosen ja Tiittasen (1999) tutkimuksessa. Hoitoon hakeutumisen kynnys vaikutti siihen, että monien hoitoon päässeiden elämäntilanne oli ehtinyt kehittyä hyvin ahdistavaksi. Hoitoon menttiin, jotta saatiin kuntoon pelaamisen aiheuttama elämäntilanne, ei niinkään siksi, että hoidettaisiin pelaamista. (Poteri & Tourunen 1995; Kämppi 2007.)



Aiempien tutkimusten (esim. Mielonen & Tiittanen 1999; Murto 2005; Turja 2006) perusteella yksi keskeinen hoidon järjestämistä koskeva huomio on, että peliongelmaa ei tunnisteta riittävästi hoitojärjestelmässä eikä palvelujen tuottajilla ole riittävästi tietoa erilaisista hoitomahdollisuuksista. Hoitojärjestelmämme ei siten pysty tukemaan hoitoon hakeutumista, puhumattakaan siitä, että hoitojärjestelmässä osattaisiin tunnistaa ja ohjata hoitoon erilaisia ongelmapelaajaryhmiä. Antti Murto (2005) toteaa, että kaikki muut ongelmapelaajaryhmät ovat hoitoa etsiessään huonossa asemassa paitsi moniongelmaiset, joilla on päihdeongelma toisena ongelmana. Tämä johtuu siitä, että ongelmapelaajien hoito on Suomessa perinteisesti järjestetty osaksi päihdehuoltoa. Iso haaste ongelmapelaajien hoidon järjestämiselle onkin siinä, kuinka ongelmapelaajat ja hoitojärjestelmä saadaan kohtaamaan toisensa. Siihen tämä arviointi pyrkii osaltaan vastaamaan.

Tässä arvioinnissa pyritään saamaan syvällisemmin kuin Villikan (2004) raportissa esille muun muassa hoitoon hakeutumisen väyliä. Lisäksi arviointi tuo uutta tietoa maksusitoumusten saamisen edellytyksistä ja hoitopalvelujen kehittämistarpeista. Uutta arvioinnissa on myös se, että tietoa on kerätty sekä avo- että laitoshoidosta. Näin pyritään luomaan kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Tämän arvioinnin kannalta Antti Murron (2005) tekemä työ on tärkeä, sillä se korostaa tuki- ja hoitopalvelujen tutkimuksen merkitystä. Tämä arviointi sivuaa luvuissa 5 ja 6 monilta osin Murron (2005) esittämiä kysymyksiä A-klinikan asemasta tuki- ja hoitopalvelujen antajana.

## Ongelmapelaajien hoitoa koskevia tutkimustuloksia muissa länsimaissa

Pohjoismaiden ulkopuolella on ongelmapelaajien hoito- ja tukipalveluita kehitetty jo usean vuosikymmenen ajan. Silti hoitomenetelmistä on tehty toistaiseksi jokseenkin vähän kontrolloituja tutkimuksia. Tyypillistä on, että hoitoevaluaatioissa ja -katsauksissa saatetaan useitakin hoitomenetelmiä pitää edelleen lupaavina, mutta usein myös todetaan, että menetelmästä tarvittaisiin lisää tutkimusta. On myös todettava, että hoitomenetelmätutkimukset eivät usein kovinkaan hyvin kuvaa hoidon sisältöä sen yksityiskohtia eivätkä tee eroa yksittäisten terapeuttien vaikutuksesta hoidon tuloksiin. Lääkehoidoissa hoidon sisältö on ymmärrettävästi helpommin kuvattavissa varsinkin silloin, kun lääkehoitoon ei liity psykososiaalista komponenttia. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Luku Ongelmapelaajien hoitoa koskevia tutkimustuloksia muissa länsimaissa perustuu pitkälti Jukka Halmeen ja Tuukka Tammen katsaukseen (2008) ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoitoa koskevasta vaikuttavuustutkimuksesta. Kiitos Halmeelle ja Tammelle siitä, että tämän arvioinnin kirjoitushetkellä vielä julkaisematonta katsausta sai hyödyntää tässä arvioinnissa. Julkaistu sittemmin: Halme, Jukka T. & Tammi, Tuukka (2008): Katsaus ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoitoa koskevaan vaikuttavuustutkimukseen: tutkimus on vähäistä ja tulokset epävarmoja. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45 (4), 301–313.



Suurin osa länsimaaisista ongelmapelaajien hoitopalveluista perustuu edelleen lähinnä kliiniseen kokemukseen ja kokeiluihin, ”yrityksen ja erehdyksen menetelmään”, ja ennen muuta ideoiden lainaamiseen lähialueilta, erityisesti päihdeongelmien ja -riippuvuuden hoitomenetelmistä – suurin ero on kuitenkin siinä, että ongelmapelaamisen hoito on niistä 20–30 vuotta kehityksestä jäljessä. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia (randomized controlled trials, RCT) on varsin niukalti ja myös niiden johtopäätökset ovat varovaisia.<sup>12</sup> Yleisesti ottaen niiden viesti on, että kognitiivis-behavioraaliset interventiot ovat lupaavia rahapeliongelmiin hoidossa. Lisäksi monimenetelmäistä otetta pidetään parempana kuin yhden menetelmän varaan rakentuvaa hoitomallia (jo evidenssin niukkuudenkin vuoksi). Kirjallisuutta löytyy muun muassa seuraavista hoito- tai tukimenetelmistä: behavioraaliset interventiot, kognitiiviset interventiot/kognitiivis-behavioraaliset interventiot, lääkkeelliset hoidot, oma-apupalvelut, perheterapia, motivoiva haastattelu, GA/GamAnon ja auttavat puhelimit. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Ensimmäiset analyysit ongelmapelaajien hoitoevaluaatioista tehtiin 1990-luvulla (Blaszczynski ym. 1991; López-Viets & Miller 1997; US National Research Council 1999). Näissä kaikissa todettiin, että alan tutkimus on vielä hyvin alussa. Yksittäisiä tapaustutkimuksia löytyi melko runsaasti, mutta usein näihin ei sisällynyt seurantatutkimusta, seurantatiedot olivat epäselviä, tai jos tutkimukseen liittyi riittävä seuranta, tutkimusjoukosta pudonneiden määrä oli niin suuri, ettei luotettavaa arviota hoidon vaikuttavuudesta voitu tehdä. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Toneatto ja Ladouceur julkaisivat vuonna 2003 katsauksen 11 kontrolloidusta hoitotutkimuksesta (McConaghy ym. 1983; 1988; 1991; Echeburua ym. 1996; 2000; Sylvain ym. 1997; Ladouceur ym. 2001; Hollander ym. 2000; Kim ym. 2001; Dickerson ym. 1990; Hodgins ym. 2001). Mukaanottokriteerinä katsaukseen oli se, että sekä hoito- että koeryhmiin osallistuminen oli satunnaistettu. He toteavat, että monissa tutkimuksissa oli silti merkittäviä menetelmällisiä ongelmia, jotka heikentävät tulosten luotettavuutta. Siksi väitteisiin vaikuttavasta tai ei-vaikuttavista hoitomenetelmistä on suhtauduttava varauksella. Näillä varauksilla Toneatto ja Ladouceur (2003) kuitenkin toteavat, että vaikuttavimmilta näyttävät tutkimusten valossa hoito-ohjelmat, joissa hyödynnettiin *kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä*. Nämä hoidot olivat ainakin vaikuttavampia kuin hoidotta jättäminen (, joka kontrolliryhmän osalta toteutettiin tyypillisesti niin, että ei-hoitoa saavat olivat tutkimuksen aikana vasta jonossa hoito-ohjelmiin). Australialainen Gambling research panel (2003, 7) päätyy samaan arvioonsaan, jota varten oli käyty läpi 64 hoidollisen intervention raporttia (joista suurin osa oli kontrolloimattomia tutkimuk-

<sup>12</sup> Ongelmapelaamisen ja pelaamishäiriöiden tutkimus on toistaiseksi niin nuorta, että tiukkojen tieteellisten standardien (satunnaistetut, kontrolloidut koeasetelmat koe- ja vertailuryhmän välillä, sokkotutkimukset) mukaisesti hankittua tutkimustietoa ei hoitojen arviointiin vielä ole riittävästi. (Halme & Tammi 2008.)

sia): lupaavimmilta näyttivät kognitiivis-behavioraaliset menetelmät. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Edellä mainitussa Toneatton ja Ladouceurin (2003) katsauksessa tuotiin esille erilaisia länsimaisia hoitomenetelmiä ja niiden vaikuttavuutta. Näitä referoidaan seuraavaksi. McConaghy ym. (1983; 1988; 1991) ovat tutkineet ongelmapelaajille kehittämänsä ID-terapiaa (ID = imaginal desentization). ID-terapia perustuu mielikuvaharjoitteisiin, joissa pelaamisen hallintaongelmista kärsivät ihmiset rentoutetaan ja sen jälkeen he visualisoivat tilanteita, jotka johtavat pelaamiseen. Lopuksi he kehittävät vaihtoehtoisia mielikuvia tilanteen kulusta niin, ettei tilanne johda pelaamiseen. Hoitoevaluaatioissa kontrolliryhmät saivat hoitoa muilla menetelmillä. ID-terapia todettiin hieman tuloksellisemmaksi kuin muut hoitomenetelmät, mutta toisaalta tutkittujen ja varsinkin seurantatutkimukseen osallistujien määrä oli pieni. Toneatton ja Ladouceur (2003, 286) katsovat, että tutkimusten perusteella ID-terapian teho jää epäselväksi. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Echeburúa ja muut (1996) vertailivat kolmea hoitomenetelmää, joista ensimmäisessä ”altistus–vastine-ehkäisy” -menetelmässä (exposure–response prevention) tutkittavia koulutettiin käyttämään rahaa hillitymmin, välttämään pelaamistilanteita sekä olemaan tilanteissa, joissa pelaamisen riski oli suuri, *mutta* olemaan silti pelaamatta. Toisessa, kognitiiviseen ryhmäterapiaan perustuvassa hoidossa, haastatettiin tutkittavien ongelmapelaajien uhkapelaamiseen liittyviä ”kontrollin illuusiota” (illusion of control) ja muita ”muistivääristymiä” (memory biases). Kolmas tutkittu terapiamenetelmä oli kahden edellisen yhdistelmä. (ks. Toneatton & Ladouceur 2003; Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Kaikki kolme hoitoa kestivät kuusi viikkoa, joskin kolmannessa tutkittavat olivat kaksinkertaisen määrän terapiassa. Kontrolliryhmän jäsenet olivat hoitojonossa. Tutkittavien pelaamista kartoitettiin ennen hoitoa, sen aikana ja välittömästi sen jälkeen sekä yhden, kolmen, kuuden ja 12 kuukauden päästä hoidon päättymisestä. Tutkittavat olivat kolikkoautomaattien pelaajia, ja hoidon tavoitteena oli abstinenssi eli pelaamisesta kokonaan pidättäytyminen. Kuusi kuukautta hoidon jälkeen kaikki kolme ryhmää olivat pidättäytyneet paremmin pelaamisesta kuin kontrolliryhmä, mutta 12 kuukauden kohdalla erot olivat hävinneet. Yksilöterapia näytti kuuden kuukauden jälkeen vaikuttavan ryhmäterapiaa paremmin. Myös kontrolliryhmässä oli edistytty kuuden kuukauden kohdalla, jota tutkijat tulkitsevat siten, että myös spontaani toipuminen (natural recovery) on merkittävä tapa selvittää peliongelmissa. (Ks. Toneatto & Ladouceur 2003, 287; Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

*Lääkehoidon* vaikutusta patologiseen pelaamiseen on tutkittu muun muassa opiaatinsalpaajilla, masennuslääkkeillä ja mielialaa tasoittavilla lääkkeillä (Palleksen ym. 2007). Opiaatinsalpaajat estävät endorfiinien vaikutusta opiaattireseptoreissa ja ehkäisevät dopamiinin vapautumista aivoalueilla, jotka ovat tärkeitä palkkioiden, mielihyvän ja himon/halujen kokemisessa. Masennuslääkkeistä tutkituin ryhmä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. Mieli-

alaa tasoittavat lääkkeet (esim. litium ja varsinaisesti epilepsialääkkeet valproaatti ja topiramaatti) ovat neurobiologisilta vaikutusmekanismeiltaan vaihtelevampi lääkeaineiden ryhmä kuin opiaatinsalpaajat tai SSRI-lääkkeet. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Yleisesti kaikkia impulssikontrollin häiriötä koskeneessa katsauksessa (Dell'Osso ym. 2006) tulkittiin niin, että eniten näyttöä myönteisistä vaikutuksista patologiseen pelaamiseen on SSRI-lääkkeillä, mutta tämä saattaa yhdistyä kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyyteen patologisilla pelaajilla. Pallesenin ja työtovereiden meta-analyysissä (2007) yksi keskeinen tulos oli se, että eri lääkeaineiden kesken ei havaittu merkitseviä eroja vaikutuksissa. Onkin esitetty, että lääkehoitojen vaikutusta säätelisivät yksilölliset tekijät, kuten esimerkiksi samanaikainen geneettinen alkoholiriippuvuus (Grant ym. 2008), tai yleisemmin tietty pelaamishäiriön alatyypin (impulsiivinen, pakko-oireinen tai addiktiivinen alatyypin) (Iancu ym. 2008). (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Myös *nimettömien pelaajien* (= GA) ja pelaajien läheisille suunnattujen tukiryhmien (= GamAnon.) vaikuttavuutta on tutkittu. GA on pisimpään toiminut ja laajimmalle levinnyt peliongelman ”hoitomenetelmä”. Se perustuu samalla tapaa 12 askeleen ohjelmaan kuin vastaavat alkoholiongelmien ja sittemmin myös monen muun riippuvuusongelman ympärille rakentuneet oma-avun ja vertaistuen anonyymit ryhmät. Yhdysvalloissa GA on toiminut jo 1950-luvun lopulta lähtien. Kansainvälisesti GA toimii kymmenissä maissa. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Entä mitä tiedetään GA:n tuloksellisuudesta? Tutkijat toteavat, että GA:sta löytyy kirjallisuudesta positiivisia arvioita ennen muuta siksi, että ongelmapelaajia hoitaneet ammattilaiset ovat kliinisen kokemuksensa perusteella kirjoittaneet positiivisesti GA-toiminnasta ja katsovat sen olevan tärkeä komponentti peliongelman hoidossa (esim. Bellringer 1999). Toisaalta hoitoevaluaatioissa ollaan GA:n suhteen oltu varovaisempia; GA:sta on varsin vähän tutkimusta, joka sekin viittaa siihen suuntaan, että GA-toiminnan keskeyttävien osuus on suuri, ja niiden pelaajien osuus on pieni, jotka lopulta pidättäytyvät pelaamisesta kokonaan. Toisaalta tutkijat ovat huomauttaneet – yleisesti AA-pohjaisesta vertaistuesta – että sen vaikuttavuutta ei ehkä pitäisikään arvioida samoin kriteerein kuin ammatillisia hoito- ja tukimuotoja, sillä niiden tavoitteet ja dynamiikka ovat monin paikoin erilaisia (esim. Orford 2001). (Ks. Toneatton & Ladoudeur 2003; Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

Toneatton ja Ladouceurin (2003) katsauksessa *oma-apuun* (self-help) perustuvien interventioiden vaikuttavuudesta ei löytynyt näyttöä, mutta kyse oli pikemmin evaluaatioiden (Dickersson ym. 1990; Hodgins ym. 2001) menetelmällisistä puutteista kuin siitä, että nämä interventiot olisi voitu todeta tehottomiksi. Yhden arvion mukaan vain noin yksi kymmenestä joskus elämänsä aikana peliriippuvaiseksi diagnosoitu hakeutuu hoitoon (Cunningham 2005), ja siksi oma-apujärjestelmien ja erilaisten itsearviointipalveluiden kehittämiseen kannattanee panostaa jatkossakin. Koska yksi akuutein rahapelaamiseen haitta on velkaantuminen, tä-

hän liittyviä auttamis- ja neuvontajärjestelmiä lieenee syytä kehittää sekä itsenäisesti että yhteydessä riippuvuushoittoon. *Laitoshoidon* osalta Toneatton ja Ladouceur (2003, 291) toteavat, että se on perusteltu ratkaisu ongelmapelaajille lähinnä silloin kun tällä on muita samanaikaisia elämäntilanteen kriisejä ja/tai riippuvuus- tai muita mielenterveysongelmia. (ks. Toneatton & Ladouceur 2003; Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

*Yhteenvetona* voi todeta, että mitään yhtä ongelmapelaajien hoitomenetelmää ei ole voida tähänastisen tutkimustiedon perustella nimetä erityisen vaikuttavaksi, vaikkakin kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä on syytä pitää lupaavimpina peliongelman hoidossa. Toisaalta tutkimusten perusteella ei voida täsmällisesti sanoa, mikä tietty kognitiivis-behavioraalisten menetelmien sovellus tai hoidon komponentti juuri on vaikuttava.<sup>13</sup> Rajallinen tutkimustieto antaa viitteitä siitä, että hoidon pituus tai intensiivisyys ei olisi tärkeä tekijä vaikuttavuuden kannalta. Peliongelmaisten hoitoon hakeutumisen aste on matala ja omaehtoinen toipuminen suhteellisen yleistä, minkä vuoksi on syytä panostaa erilaisten kevyiden interventoiden ja oma-apujärjestelmän kehittämiseen. (Halmeen & Tammen 2008 mukaan.)

## Ongelmapelaajien hoitojärjestelmät Pohjoismaissa

Marianne Hansen (2006) on hiljattain selvittänyt ongelmapelaajien hoitojärjestelmiä neljässä pohjoismaassa. Alla olevaan taulukkoon 3 on koottu Hansenin yhteenvedon hoidon järjestelyistä Ruotsissa, Norjassa, Suomessa ja Tanskassa. Kuvaus perustuu vuonna 2004 kerättyyn haastatteluaineistoon, joten eri maiden tilanne saattaa olla tällä hetkellä jo jossain määrin erilainen. Suomessa hoitojärjestelmää kehitetään aktiivisesti juuri tällä hetkellä, mutta vielä siinä ei ole tapahtunut merkittäviä järjestelmätason muutoksia. (Tammen 2008 mukaan.)<sup>14</sup>

Erityisesti ongelmapelaajille suunnatut hoitopalvelut ovat suhteellisen uusi ilmiö kaikissa pohjoismaissa. Hoidon saatavuus ja hoidon luonne vaihtelee maittain, mutta yhteinen piirre on, että lähes kaikki harjoittavat ongelmapelaajien hoitoa paljolti samoin menetelmin kuin päihdeongelmaisten hoitoa. Usein hoitoa tarjoavat myös samat yksiköt. (Tammen 2008 mukaan.)

Yleisimmin hoidossa käytetään kognitiivis-behavioraalisia terapiamenetelmiä, joiden näkökulman sisällä pyritään erityisesti korjaamaan pelaamiseen liittyviä kognitiivisia harhakäsityksiä ja uskomuksia. Eri maiden välillä löytyi kuitenkin myös eroja niin hoitojärjestelmissä, -menetelmissä kuin -ideologioissa. Hansenin (2006) selvitystyön aikaan Suomessa oli neljästä maasta vähiten tarjolla hoitopalveluja peliongelmaisten kärsiville, mutta toisaalta Suomessa tuntui olevan myös vähi-

13 Myöskään retkahdusten ehkäisyn osalta ei tällä hetkellä ole olemassa varteenotettavaa näyttöä minkään hoitomenetelmän paremmuudesta (ks. tarkemmin Halme & Tammi 2008).

14 Luvun Ongelmapelaajien hoitojärjestelmät Pohjoismaissa alkuosan tiedot pohjautuvat Tammen (2008) julkaisemattomaan käsikirjoitukseen.

TAULUKKO 3. Marianne Hansenin yhteenvedo hoidon järjestelyistä Ruotsissa, Norjassa, Suomessa ja Tanskassa

	Ruotsi	Norja	Suomi	Tanska
Ongelmapelaajien hoito aloitettu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1990-luku: yksityiset organisaatiot alkavat tarjota hoitopalveluita</li> <li>• 2003: julkisia hoitopalveluja perustetaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1997: kolmivuotinen pilottihanke</li> <li>• 2000: pysyvät hoitopalvelut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1990-luku: ongelmapeleiden hoito päihdepalvelujen piiriin, muutama yksikkö erikoistuu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1993: pilottihanke</li> <li>• 1997: pysyvät hoitopalvelut</li> </ul>
Hoitoyksiköiden määrä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• noin 20–25 listattu, noin 10–12 erikoistunutta yksikköä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• noin 30, lähinnä päihdehoitoyksiköitä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• muutama erikoistunut yksikkö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neljä yksikköä</li> </ul>
Hoidon luonne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hoitokeskus</li> <li>• ryhmäterapia avohuollossa</li> <li>• yksilöterapia ("counseling")</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avohuolto</li> <li>• 1–5 kertaa yksilöterapiaa, sen jälkeen lyhytkestoinen ryhmäterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yleensä laitoshoido</li> <li>• yhdessä yksikössä avohuollon ryhmäterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avohuollon yksilö- ja ryhmäterapiaa</li> <li>• hoito-ohjelma</li> <li>• päivisin tapahtuva hoito ("day treatment")</li> </ul>
Hoitomenetelmät	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitiivis-behavioraalinen terapia</li> <li>• "psychoeducation"</li> <li>• 12 askeleen hoito</li> <li>• perheterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitiivis-behavioraalinen terapia</li> <li>• "psychoeducation"</li> <li>• ratkaisukeskeinen terapia</li> <li>• perheterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitiivis-behavioraalinen terapia</li> <li>• "psychoeducation"</li> <li>• perheterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitiivis-behavioraalinen terapia (erityisesti retkahduksen ehkäisy)</li> <li>• Minnesota-malli</li> </ul>
Erikoistunut hoito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä, mutta myös ei-erikoistunutta hoitoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä ja ei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä</li> </ul>
Talousneuvonta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• muutama yksikkö</li> <li>• yleensä asiakkaat ohjataan toisaalle talousneuvontaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• muutama yksikkö</li> <li>• yleensä asiakkaat ohjataan toisaalle talousneuvontaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ei, mutta jotkut yksiköt tarjoavat talousneuvontaa osana seurantaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ei, asiakkaat ohjataan toisaalle talousneuvontaan</li> </ul>

Perheenjäsenten ja läheisten hoito/tuki	<ul style="list-style-type: none"> <li>• useat yksiköt</li> <li>• yhdellä yksiköllä erityiskurssi perheenjäsenille</li> <li>• yksi yksikkö tarjoaa perheterapiaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perhe mukana hoidossa, mutta ei erillistä hoitoa</li> <li>• kuusi yksikkö tarjoaa erityishoitoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perhe mukana hoidossa, mutta ei erillistä hoitoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä, erillinen kurssi läheisille</li> </ul>
Hoidon kesto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4–5 konsultaatiosta 6–8 kk laitoshoidon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6–7 viikosta aina ”tarpeen mukaan” kestävään hoitoon</li> <li>• yleensä hoito lyhytkestoisista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• laitoshoidon: kaksi viikkoa ja lisäksi avoseuranta</li> <li>• ryhmäterapia: 1 krt/vko 30 viikon ajan</li> <li>• perheterapia: 1 krt/vko vuoden ajan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avohoidon 3–10 kk ajan</li> <li>• erityinen hoito-ohjelma: 12 päivää + seuranta</li> <li>• päivähoidon: kuusi viikkoa ja lisäksi seuranta 12 kk</li> </ul>
Seurantahoito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vain harvat (alle 5) yksiköt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä, suurin osa yksiköistä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä</li> </ul>
Hoidon keskeyttäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vaihtelee, korkein osuus avohoidossa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30–50 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vaihtelee: alin osuus erityisessä hoito-ohjelmassa, korkein avohoidossa</li> </ul>
Hoidon maksullisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä yksityisissä yksiköissä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä, 30 euroa per konsultaatio, maksimi 200 €</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vaihtelee ilmaisesta 26 euroon per päivä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ei, kaikki hoito on ilmaista</li> </ul>
Hoidossa olleiden määrä vuodessa <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• noin 160 henkilöä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• noin 700 henkilöä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• noin 30 henkilöä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 631 (joista 565 Centre for Ludomanissa ja 66 Frederiksberg Centressä)</li> </ul>
Rahoitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yksityinen ja julkinen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• julkinen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• julkinen, yksityinen ja peliteollisuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• julkinen</li> </ul>
Ikä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vähintään 18-vuotiaat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yleensä vähintään 18-vuotiaat</li> <li>• yksi yksikkö lapsille ja nuorille</li> <li>• 4–5 yksikköä vähintään 15-vuotiaille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yleensä vähintään 18-vuotiaat</li> <li>• yksi yksikkö nuorille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vähintään 18-vuotiaat</li> </ul>
Mahdollisuus laitoshoidon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä, yksityisissä yksiköissä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä, yhdessä päihdeasiakkaiden kanssa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kyllä, 12 päivän erityishoito-ohjelmassa</li> </ul>

<sup>1</sup> Arvio perustuu hoitoyksiköissä tehtyihin haastatteluihin.

ten kysyntää näille palveluille. Parhaiten hoitopalveluja oli tarjolla Tanskassa, mikä selittyy osin maantieteellisillä tekijöillä. (Tammen 2008 mukaan.)

Erityisesti ongelmapelaajille suunnatut hoitopalvelut ovat suhteellisen uusi ilmiö kaikissa pohjoismaissa. Hoidon saatavuus ja hoidon luonne vaihtelee maittain, mutta yhteinen piirre on, että lähes kaikki harjoittavat ongelmapelaajien hoitoa paljolti samoin menetelmin kuin päihdeongelmaisten hoitoa. Usein hoitoa tarjoavat myös samat yksiköt. (Tammen 2008 mukaan.)

Yleisimmin hoidossa käytetään kognitiivis-behavioraalisia terapiamenetelmiä, joiden näkökulman sisällä pyritään erityisesti korjaamaan pelaamiseen liittyviä kognitiivisia harhakäsityksiä ja uskomuksia. Eri maiden välillä löytyi kuitenkin myös eroja niin hoitojärjestelmissä, -menetelmissä kuin -ideologioissa. Hansenin (2006) selvitystyön aikaan Suomessa oli neljästä maasta vähiten tarjolla hoitopalveluja peliongelmistä kärsiville, mutta toisaalta Suomessa tuntui olevan myös vähiten kysyntää näille palveluille. Parhaiten hoitopalveluja oli tarjolla Tanskassa, mikä selittyy osin maantieteellisillä tekijöillä. (Tammen 2008 mukaan.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (käytetään myös nimeä kognitiivis-behavioraalinen terapiamenetelmä) on tyypillinen lähestymistapa ongelmapelaajien hoidossa myös Suomessa. Seuraavassa luvussa 4 esiteltävistä suomalaisista hoitoyksiköistä ja tukipalvelutahoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa (tai siihen liittyvää lähestymistapaa) käyttävät kaikki Rapeli-yhteisöä<sup>15</sup> lukuun ottamatta. Nikkisen (2008) mukaan kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa pyritään vaikuttamaan ongelmapelaajan vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa sekä korjaamaan mahdollisia virheellisiä käsityksiä esimerkiksi voittamisen todennäköisyyksistä. Tavoitteena on vähentää hoidettavan tarvetta pelata puuttumalla ongelmapelaamisen taustalla oleviin negatiivisiin ajatusmalleihin. (Nikkinen 2008.)

Nikkinen (2008) on kritisoinut ja kyseenalaistanut kognitiivisen käyttäytymisterapian käyttöä ongelmapelaajien hoidossa. Nikkinen vertaa kognitiivisen käyttäytymisterapian käyttöä mielenterveyden häiriöiden hoitoon, jossa se nauttii huomattavaa suosiota. Nikkisen mukaan tämä on ymmärrettävää, koska kognitiivinen käyttäytymisterapia on suhteellisen helppo omaksua ja sitä on helppo käyttää ensimmäisenä hoitomenetelmänä esimerkiksi depression, paniikkihäiriöiden, post-traumaattisen stressin ja vaikkapa bulimian hoidossa. Kognitiivisella käyttäytymisterapialla on kuitenkin useita rajoitteita. Nikkinen ottaa esille Jeremy Holmesin (2002) selvityksen. Holmesin mukaan National Institute of Mental Health Yhdysvalloissa tutki kognitiivisen käyttäytymisterapian käyttöä depressioon 20 vuoden ajan. Kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla saatiin merkitsevästi huonompia tuloksia kuin yhdistämällä ihmissuhdeterapia tai masennuslääkitys kliniseen hoitoon. Näyttö kognitiivisen käyttäytymisterapian hyödyistä pitkäkestoisissa mielen sairauksissa puuttuu käytännössä kokonaan. Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuustutkimukset ovat myös usein perustuneet vapaaehtoisuuteen eikä niitä ole tehty todellisilla potilailla. (Holmes 2002; Nikkisen 2008 mukaan.)

<sup>15</sup> Rapeli-yhteisön hoito perustui systeemiseen ratkaisukeskeiseen näkökulmaan (Katariina Pajupuron suullinen tiedonanto 4.4.2008).

Kaikkein ongelmallisinta on kuitenkin, että Holmesin (2002) mukaan monet kognitiiviset käyttäytymisterapiaa koskevat tutkimukset osoittavat lähinnä annetun hoidon absoluuttista vaikuttavuutta suhteellisen vaikuttavuuden sijaan. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa verrataan useissa tutkimuksissa joko pelkästään hoitojonossa olemiseen, täydelliseen hoitamatta jättämiseen tai johonkin pseudotieteelliseen menetelmään pikemmin kuin johonkin psykiatriseen hoitovaihtoehtoon, kuten ihmissuhdeterapiaan. Holmesin johtopäätös on, että kognitiivinen käyttäytymisterapia on niin suosittu lähinnä siksi, että se ei ole toistaiseksi joutunut vakavasti kilpailemaan muiden vaihtoehtojen kanssa. Vertailevien tutkimusten lisääntyessä kognitiivisen käyttäytymisterapian teho on joutunut kyseenalaiseksi. (Holmes 2002; Nikkisen 2008 mukaan.) Nikkinen (2008) toteaa myös, että pohjoismaisessa hoitokirjallisuudessa kognitiivinen käyttäytymisterapia on käytännössä vailla kilpailijoita, ainakin käytetyn kirjallisuuden osalta. Esimerkiksi Liria Ortizin (2006) teos *Till Speelfriheten!* lähestyy rahapeliriippuvaisten hoitoa lähes yksinomaan kognitiivisen käyttäytymisterapian näkökulmasta. (Nikkinen 2008.)



## II

# ONGELMAPELAAJIEN TUKI- JA HOITOPALVELUT SEKÄ NIIDEN KÄYTTÖ SUOMESSA

## 4 Tukipalvelut ja hoitoyksiköt ongelmapelaajille

Jotta ongelmapelaajien hoitopalvelujärjestelmää voitaisiin kehittää tai jotta se voisi kehittyä, on oltava selvillä siitä, kuinka ongelmapelaajia tällä hetkellä Suomessa hoidetaan ja millä eri menetelmillä. Siksi tässä luvussa esitetään tiiviisti kuvaukset Suomessa toteutettavista hoitomenetelmistä ja tukipalveluista (ks. Nykytila s. 87).

Taulukossa 4 esitetään tiivistetysti rahapeliongelman palvelupolut, toimijat ja tehtävät. Taulukossa havainnollistetaan se, mihin palvelujärjestelmän kohtaan seuraavaksi tarkasteltavat hoitoyksiköt ja tukipalvelut sijoittuvat. Tässä arvioinnissa tarkasteltavat hoitoyksiköt ja tukipalvelut ovat Peluurin Peli poikki -ohjelma, Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutus, A-klinikkasäätiön Turun Nuorisoasema, Kuopion kriisikeskus, Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön palvelut, Rape-li-yhteisö, Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus Pieksämäellä sekä Kouvolan kuntoutuskeskuksen hoito.

Ongelmapelaaja-asiakkaita kohdataan myös muualla kuin tässä luvussa tarkasteltavissa hoitoyksiköissä ja tukipalveluissa. Peliongelman avohoitoa tarjoavat yleisimmin A-klinikat, mutta tukipalveluja voi saada mielenterveystoimistoissa, kriisikeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, terveyskeskuksissa, psykiatrian poliklinikoilla, seurakuntien diakoniatytössä, vertaisryhmissä sekä laitoshoidossa. Peliongelmaisia autetaan taloudellisissa ongelmissa ja veloissa kuntien velkaneuvonnassa, sosiaalitoimistossa, seurakunnissa tai Takuu-säätiössä. (mm. Rahapelihaittojen ehkäisy 2008, 21–22; Ahonen 2008, 14.) Ongelmapelaajille on Suomessa myös GA-ryhmiä (ks. myös luku 3.4) eli pelaajien oma-apuryhmiä, joista ensimmäinen käynnistyi Helsingissä vuonna 1992.

Taulukko 4. Ongelmapelaajan palvelupolut, toimijat ja tehtävät vuoteen 2008

Palvelu	Toimijat ja tehtävät
EHKÄISY	Useat toimijat eri tasoilla: pelipolitiikka, sosiaaliseen ympäristöön ja yksilöllisiin tekijöihin vaikuttaminen
TOTEAMINEN, TILANNEARVIO	Useat toimijat eri tasoilla: pelaamisen puheeksiotto (Lie Bet -kysymykset) <sup>1</sup> -> psyykinen, fyysinen, sosiaalinen, taloudellinen tilanne kokonaisuutena
NEUVONTA JA OHJAUS	Terveyskeskukset, sosiaalipalvelut, koulu/opiskelijaterveydenhuolto, A-klinikat, mielenterveyspalvelut, nuorisoseamat, talous- ja velkaneuvonta, Peluuri (1 390 peliongelmaa koskevaa puhelua vuonna 2007) -> pelaamisen kontrolloinnin tuki, vastuullinen pelaaminen, velkaneuvonta
HOITO, KUNTOUTUS	Avohoito: A-klinikat, mielenterveyspalvelut, Sosiaalipedagogiikan säätiön MaPe-hanke (31 asiakasta 2/2008), Peli Poikki -ohjelma (yhteensä 18 asiakasta hoidossa 10/2008), Kuopion Kriisikeskus (40–50 asiakasta vuodessa), Turun nuorisoseama (18 asiakasta vuonna 2007), Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö (50 asiakasta vuonna 2007), Hietalinna-yhteisö <sup>2</sup> (Rapelissa ollut 85 varsinaisen hoitojakson aloittanutta asiakasta) Laitoskuntoutus: Tyynelä (30–50 asiakasta vuodessa), Kouvola (1 asiakas vuonna 2007)
VERTAISTUKI	Vertaisryhmät: GA-ryhmät (9 paikkakunnalla), verkkoyhteisöt (Päihdelinkin Valtti-foorumi)
YHTEISTYÖ	Sosiaali-, terveys- ja talouspalveluiden kanssa: myös läheisten tilanteen huomioon ottaminen

<sup>1</sup> Kuviossa esiintyvä, peliongelman tunnistamiseen käytettävä Lie-Bet -kysely koostuu kahdesta pelaamista koskevasta kysymyksestä ja sen käyttäminen on nopeaa ja vaivatonta: Oletko koskaan tuntenut tarvetta käyttää pelaamiseen yhä enemmän rahaa (Kyllä/Ei)? Oletko koskaan joutunut valehtelemaan läheisillesi siitä, kuinka paljon pelaat (Kyllä/Ei)? Myöntävä vastaus toiseen kysymykseen tai molempiin merkitsee, että asiakkaalla saattaa olla peliongelma. Tällöin asiaa on selvítettävä tarkemmin ja arvioitava asiakkaan palvelujen tarve. (Ks. tarkemmin Pelin merkit 2008.)

<sup>2</sup> Hietalinna-yhteisö tarjoaa nykyisin myös ympärivuorokautista laitoshoidon peliongelmaisille, mutta Rapeli-yhteisön toiminnan voidaan katsoa tässä jaottelussa kuuluvan avohoitoon, vaikka siinä on eräitä laitoshoidon piirteitä. Laitoshoidon puolesta tuntuu puhuvan se, että asiakkailla oli hoitojaksoja eikä käyntejä. Laitosluonnetta kuvastaa myös se, että laskutus olisi ollut ”päiväperusteista” eikä ”tunti- tai käyntiperusteista”, mikäli palveluista olisi laskutettu. Asiakkaat olivat myös Rapeli-yhteisössä koko päivän. Lisäksi Rapeli-yhteisöä voidaan verrata esimerkiksi sairaalan päiväosastoon, jonka voi ajatella olevan jo laitos – ”avoyhteisö” voi siis olla ”avolaitos”. Avoluonteen puolesta puhuu sitten se, että asiakkaat viettivät yöt kotonaan. (Suullinen tiedonanto, Hietalinna-yhteisön suunnittelija Yrmy Ikonen 8.12.2008; ks. luku 4.1.6).

Lähde: Taulukko 4 on muokattu alun perin THL:n kehittämispäällikkö Saini Mustalammen laatimasta taulukosta.

Turjan (2006) kuntien sosiaalijohtajille (N=130) tekemän kyselyn (N=130) mukaan peliongelmia käsitellään yleisimmin *sosiaalipalveluissa* (79 %). Useimmin nimetyt sosiaalipalveluiden toimipisteet olivat sosiaalipalvelu yleensä (36 % mainitsi) ja sosiaalityö/sosiaalitoimisto (29 %). A-klinikan nimesi sosiaalipalveluissa yhdeksän prosenttia vastaajista. Rahapeliongelmia käsitellään myös *terveyspalveluissa* (38 %). Useimmin nimettiin terveyspalvelut ilman tarkempaa määritelmää (18 %), mielenterveystyö (10 %), A-klinikka (5 %) ja terveysneuvonta/terveyskeskus (5 %). Lisäksi asiakkaita kohdataan *muissa palveluissa* (18 %). Yleisimmin mainittu muu palvelu oli A-klinikka, jonka mainitsi kahdeksan prosenttia vastaajista. Muita mainittuja palveluja olivat muun muassa velkaneuvonta ja perheneuvonta. (Turja 2006.)<sup>16</sup>

Seuraavaksi tarkastellaan ensin avohoitoa ja sen jälkeen laitoshoidon antavia yksiköitä ja tukipalveluja. Kunkin hoitoyksikön tai tukipalvelun sisällöt, asiakasmäärät ja hoitomenetelmät esitellään pääpiirteissään. Kaikkia hoitoyksiköitä ei ole mahdollista kuvata käyttäen yhtenäisesti etenevää esitystapaa, sillä kerätyt ja saatavilla olleet tiedot vaihtelivat.

## Avohoito

### Peluurin Peli poikki -ohjelma

Tässä luvussa esitellään auttava puhelin Peluurin netissä tapahtuva Peli poikki -ohjelma (ks. myös <http://www.pelipoikki.fi/>), joka täydentää Peluurin muita auttamistapoja. Jotta lukija saa käsityksen Peluurin eri palveluista, ne tuodaan aluksi kuitenkin tiivistetysti esille (ks. tarkemmin <http://www.peluuri.fi/>).

#### *Peluuri ja sen palvelut*

Peluuri on valtakunnallinen puhelinpalvelu ongelmapelaajille ja heidän läheisilleen. Auttava puhelin tarjoaa tietoa ja tukea peliongelman hoitamiseen. Peluuriin voi soittaa maksutta, nimettömänä ja luottamuksellisesti. Peluurin palveluihin kuuluvat myös eNeuvonta sekä vertaistukea tarjoava keskustelufoorumi Valtti. Peluurin *auttava puhelin* päivystää arkisin klo 12–18. Peluurin palvelun tuottavat A-klinikkasäätiö ja Sininauhaliitto. (Ks. tarkemmin <http://www.peluuri.fi/>.)

<sup>16</sup> Turjan (2006) tutkimuksen toisessa osiossa kohderyhmänä oli ongelmapelaajia käytännön auttamistyössä kohtaava hoitohenkilökunta (N=114). Suurimmassa osassa näitä palvelupisteitä rahapeliongelmia kohdattiin melko harvoin. Peliongelmaisia kohtaavat selvästi keskimääräistä useammin A-klinikoita edustavat vastaajat, joista 25 % kohtaa ongelmapelaajia kerran viikossa tai useammin. Hoitohenkilökunta mainitsi ongelmapelaajille useimmiten tarjottuna palveluna ohjauksen ja neuvonnan avopalveluihin (78 %). Muut mainitut palvelut olivat velkaneuvonta (30 %), laitostuntoutus (24 %), ohjaus A-klinikalle (24 %), terveydenhuoltopalvelut (22 %) ja ohjaus muuhun hoitopaikkaan (jota vastauksissa ei ole täsmennetty), vertaistukiryhmät/GA-ryhmät (4 %), psykiatrian keskus (1 %) ja Tyynelän kuntoutuskeskus (1 %). (Turja 2006.)

Peluuri aloitti toimintansa 1.9.2004. Vuonna 2007 Peluurissa vastattiin 2 933 puheluun. Puhelujen määrä kasvoi lähes kaksinkertaiseksi vuodesta 2006. Eniten kuitenkin lisääntyivät häirintä- tai pilasoitot, joita oli 42 % kaikista vastatuista puheluista. Varsinaisesti peliongelmaa käsitteleviä puheluita oli 1 390. Pelaajien soitto- ja näistä oli kaksi kolmannesta (67 %), ja 27 % oli heidän läheistensä soittoja. Lisää Peluurin toiminnasta ja tilastotietoa suomalaisesta rahapeliongelmasta saa Peluurin 2007 vuosiraportista. Peluurin tilastoja ja vuosiraportit löytyvät Peluurin nettisivuilta. Peluurista saa myös tietoa vertaisryhmistä ja lähimmistä hoitopaikoista ja sieltä voi tilata ongelmapelaamiseen ja peliriippuvuuteen liittyvää materiaalia. (Ks. <http://www.peluuri.fi/>.)

Seuraavaksi esitellään tarkemmin Peli poikki -ohjelman sisältö ja sen jälkeen ohjelman asiakkaat. Tarkastelu perustuu Peluurin projektipäällikön Tapio Jaakkolan ja terapeutti Timo Alihangan raporttiin ohjelman viidestä ensimmäisestä kuukaudesta (25.9.2007–5.3.2008).

### *Peli poikki -ohjelman sisältö*

*Peli poikki* on Peluurin uusi internet-pohjainen ohjelma peliongelman hoitoon. Ohjelman on kehittänyt Spelinstitutet Ruotsissa Svenska Folkhälsoinstitutetin tilauksesta. Peluurissa ohjelma toteutetaan kaksivuotisena tutkimushankkeena, jonka rahoittaa osin sosiaali- ja terveysministeriö ja osin Peluuri. Ohjelma on käännetty suomeksi Spelinstitutetin ja Peluurin yhteistyönä. Peluurissa ohjelmasta vastaa kokopäivätoiminen terapeutti Timo Alihanka, ja projektipäällikkö Tapio Jaakkola on mukana ohjelman ja asiakkaiden hallinnoinnissa. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Peli poikki -ohjelma perustuu kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan ja motivoivaan haastatteluun. Ohjelma koostuu itseopiskelusta, työmateriaaleista, foorumista, kotitehtävistä ja puhelinkeskusteluista. Se käsittelee kahdeksan viikon mittaista osaa. Osat käydään järjestyksessä, yksi viikossa. Edellinen osa on suoritettava ennen kuin voi siirtyä seuraavaan. Näissä moduuleissa asiakas käy läpi omaa tilannettaan ja peliongelmaa asiattiedon, harjoitusten ja kysymysten yhdistelmällä. Lisäksi hänellä on noin 20 minuuttia kestävä neuvonta ohjattujen puhelinkeskustelujen ja/tai sähköpostin välityksellä terapeutin kanssa viikoittain. Hoidon alussa ja kahdeksan viikon jälkeen soitetut puhelut ovat muita pidemmät. Peli poikki -ohjelman nettifoorumilla asiakas saa vertaistukea muilta ohjelmaan osallistuvilta. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Ohjelman neljässä ensimmäisessä moduulissa käsitellään motivaatiota (esimerkiksi tavoitteita elämässä, pelitilanteiden kuvailua, pelitapojen muuttamista) ja neljässä seuraavassa käytöksen muuttumista (esimerkiksi ajan täyttämistä mielekkäällä toiminnalla, riskitilanteiden hallintaa, talouden suunnittelua). Hoidosta vastaa terapeutti Timo Alihanka.<sup>17</sup> (Jaakkola & Alihanka 2008.)

17 Noin kolme kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen terapeutti soittaa seurantapuhelun, jos asiakas niin haluaa. Tähän saakka kaikki yhtä lukuun ottamatta ovat tarttuneet mahdollisuuteen. Ruotsin vastaavan ohjelman kokemusten mukaan seurantapuhelu on tärkeä. Siellä seurantapuheluita soitetaan kaksi. Asiakkaalle lähetetään vielä seurantakyselyt kuuden ja 12 kuukauden kuluttua ohjelman suorittamisesta.

Seuraavaksi esitellään ohjelman moduulien sisältö tarkemmin. Moduulien sisällön esittely perustuu Peliriippuvuuden hoitaminen Internetin kautta -oppaaseen, ohjelmasta tehtyyn ruotsalaiseen arviointiraporttiin (Bergström & Lundgren 2007) sekä Peli poikki -ohjelmasta tekeillä olevaan arviointitutkimukseen (Pitkänen & Huotari 2009)<sup>18</sup>.

Moduulin osa 1 on Johdanto, jossa koulutuksellisen työskentelytavan avulla pyritään lisäämään hoitoon osallistuvien ja heidän perheensä tai muun lähiyhteisön ymmärrystä osallistujan ongelmasta ja sen mahdollisimman hyvästä hallinnasta jokapäiväisessä elämässä. Osiossa on tietoa pelaamisesta sekä sen myönteisistä ja kielteisistä seurauksista. Moduulin tarkoituksena on saada henkilö pohtimaan pelaamaan ajavia ja pelaamisen lopettamiseen vaikuttavia tekijöitä. Osion strukturoidut tehtävät koostuvat ajatusten ja tunteiden pohdinnasta.

Moduulissa 2 ovat teemana pelaajan mielessä liikkuvat asiat ennen pelaamista, pelaamisen ajatukselliset ansat ja taloudelliset seuraukset. Tehtävissä pohditaan tilannetta ennen pelaamista ja sen jälkeen sekä pelaamisen taloudellisia vaikutuksia. Moduulin tarkoituksena on luoda pelaajalle tietoisuutta pelaamiseen liittyvästä automaattisista ajatusmalleista ja niihin liittyvistä tilanteista, ajatuksista, tunteista ja pelikäyttäytymisestä sekä pelaamisen taloudellisista vaikutuksista jälkikäteen tehtävän pelipäiväkirjan avulla.

Moduulissa 3 pohditaan elämän siirtymistä arvostettuun suuntaan. Tällöin käsitellään yhtäaikaan pelaamisen vaikutuksia ja elämän prioriteetteja. Pelaajia pyydetään kysymään läheisiltään arviota siitä, kuinka nämä kokevat pelaajan ja pelaamisen vaikuttavan sekä itseensä että pelaajaan. Lisäksi osiossa selvitetään sitä, mitä etuja ja haittoja pelaamisen lopettamisesta olisi. Moduulissa käsitellään impulssikontrollia ja tilanteiden tiedostamista. Osion päätteeksi pelaaja valitsee, mitä hän tulee tekemään pelaamisensa suhteen.

Moduulissa 4 pelaaja tekee sopimuksen itsensä kanssa allekirjoittamalla päätöksen siitä, lopettaako hän pelaamisen kokonaan, lopettaako hän ongelmia aiheuttavien pelien pelaamisen tai rajoittaako hän pelaamistaan ajan ja talouden suhteen. Tämän jälkeen osallistajat pohtivat niitä seurauksia ja strategioita, joilla he pääsevät allekirjoitettuun tavoitteeseen. Pelaajan kanssa työtetään hyväksyntään liittyviä asioita sekä pyydetään heitä käsittelemään ongelmapelaamistaan omaisten kanssa ja saamaan sitä kautta apua. Lisäksi heitä kannustetaan pohtimaan itselleen mielekästä tekemistä ja riskitilanteiden välttämisen strategioita. Moduulin aikana pelaaja pohtii, miten hän voisi parantaa elämää ilman aiemmin tavoittelemaansa suurta voittoa.

Moduulissa 5 käsitellään käyttäytymisen aktivointia. Osallistuja pohtii sitä, miten hän voi täyttää ennen pelaamiseen käyttämänsä ajan vanhoilla ja uusilla toiminnilla, jotka tukisivat tavoitteen saavuttamista. Moduulissa käsitellään myös it-

<sup>18</sup> Peli poikki -ohjelman ulkoisen arvioinnin (Pitkänen & Huotari 2009, THL, Raportti 20/2009) tehtävänä oli selvittää hoito-ohjelman tavoitteiden saavuttamista sekä niiden toteutumista edistäneitä ja estäneitä tekijöitä, hoito-ohjelman vaikutuksia asiakkaiden hyvinvointiin ja muiden palvelujen käyttöön, hoitomallin soveltumista erilaisille asiakaskunnille sekä hoito-ohjelman soveltumista palvelujärjestelmään.

setutkistelua ja petollisia ajatustapoja sekä opetellaan, kuinka niitä voi huomioida ja millaisia vaikutusta niillä on yksilöön. Keskeisenä teemana moduulissa ovat sattumia koskevat väärinkäsitykset. Tehtävissä osallistujat tarkastelevat tilanteen ja virheellisten ajattelutapojen yhteyttä sekä harjoittelevat epäloogisten ajattelumallien muuttamista rationaaliseen suuntaan.

Moduulissa 6 käsitellään sitä, kuinka pelaaja huomaa joutuvansa riskitilanteisiin ja pyrkii estämään niitä, sekä sitä kuinka hän niihin joutuessaan pystyisi hallitsemaan tilanteen. Osallistujia pyydetään kertomaan riskitilanteista läheisilleen, jotta he voisivat auttaa niiden välttämiseksi. Osallistujia opetetaan hallitsemaan valittujen strategioiden ulkopuolisia impulsseja, käsittelemään ikäviä ja vaikeita tunteita, liikkumaan rauhallisemman olon saamiseksi sekä saamaan positiivisia kokemuksia muista heille itselleen palkitsevista vapaa-ajan toiminnoista kuin pelaamisesta. Moduulin tehtävissä käsitellään impulssien vastustamista ja pohditaan sitä, mikä olisi itselle sopivin vastarintatunne pelaamiselle.

Moduulissa 7 käsitellään osallistujan yksityistaloutta. Osiossa käydään läpi laskentamalleja senhetkisten velkojen havaitsemiseksi sekä takaisinmaksumalleja ja taloussuunnitelmia tulevaisuutta varten. Osiossa opitaan tunnistamaan strategioita, joilla osallistujan talous pysyisi hallinnassa tulevaisuudessa.

Moduulissa 8 laaditaan ylläpitosuunnitelma, jossa kirjoitetaan lyhyt konkreettinen lista pelien riskeistä ja todellisista kustannuksista sekä pelaamisen sijasta tehtävistä asioista. Osallistujaa kannustetaan löytämään asioita, joilla he voivat palkita itseään terveellisellä tavalla. Suunnitelmassa tunnistetaan positiivisen kehityksen esteitä sekä tapoja, joilla mahdollisia epäonnistumisia voidaan käsitellä. Osallistuja käy läpi ongelmanratkaisun strategioita ja ottaa suunnan elämässään niitä asioita kohti, joita on tuonut esille osuudessa, jossa käsitelti elämän tärkeitä asioita. Viimeisessä osuudessa osallistujille annetaan vinkkejä asioista, jotka voivat auttaa heitä jatkossa. Moduulin lopuksi osallistujat listaavat yhteen nivoen asiat, joita pelaaminen aiheuttaa lähimmäisille ja elämänlaadulle sekä toimista, joilla yksilö voi taistella pelaamisen impulsseja vastaan.

### *Peli poikki -ohjelman asiakkaat*

Ohjelma sai julkistamisen yhteydessä syksyllä 2007 hyvin näkyvyyttä, ja heti alussa ohjelman nettisivuille oli asiakasryntäys. Ensimmäisinä päivinä valtaosa ohjelman seulontakysymyksiä aloittaneista oli vain uteliaita, mutta alusta alkaen oli myös motivoituneita hoitoon hakeutuvia ongelmapelaajia enemmän kuin kerralla voitiin ottaa mukaan. Terapeutti voi ottaa ohjelmaan 20 asiakasta kerralla, joten ohjelmaan muodostui heti jonoa. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Ohjelmaan on tätä kirjoitettaessa (maaliskuu 2008) hyväksytty<sup>19</sup> mukaan 61 henkilöä, joista 54 on rekisteröitynyt mukaan itse ohjelmaan. Kuusi asiakasta on aloitettuaan keskeyttänyt ohjelman eri syistä. Lisäksi 17 asiakasta on hyväksytty ohjelmaan, mutta he eivät ole syystä tai toisesta rekisteröityneet tai aloittaneet ohjelmaa. Joissain tapauksissa kyse on ollut siitä, ettei heihin ole yrityksistä huolimatta saatu yhteyttä. Peli poikki -ohjelmassa on asiakkaista alkuvaiheessa tiedossa vain sähköpostiosoite, jolla he ovat suorittaneet seulonnan. Mikäli asiakas ei seuraa tai ylläpidä kyseistä osoitetta, häneen ei voi saada yhteyttä. Asiakkaille on lähetetty kaksi muistutusta kolmen viikon kuluessa, muistutusten jälkeen heidät on tiputettu pois. Ohjelmaan hyväksyttyjä, mutta ei vielä rekisteröityneitä asiakkaita oli seitsemän. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Ohjelman aloittaneista asiakkaista on naisia 10 ja yksi ulkomaalaistaustainen. Ensimmäinen asiakas oli 2.12.2007 suorittanut koko ohjelman kaikki kahdeksan viikkoa, ja 5.3.2008 mennessä koko ohjelma suorittaneita oli 19. Jonossa oli 5.3.2008 seulonnan suorittaneita asiakkaita 95 odottamassa pääsyä ohjelmaan. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Peli poikki -ohjelman asiakkaiden profiili (ks. taulukko 5) on tarjonnut muutamia yllätyksiä. Asiakaskunta ei koostu pääosin nuorista miehistä, vaan ohjelmaan on hakeutunut laajasti erilaisia ongelmapelaajia. Myöskään nettipelaajien osuus ei ole noussut niin hallitsevaksi kuin ehkä olisi voinut odottaa. Naisten osuus on oletuksen mukaisesti pienempi kuin esimerkiksi Peluurin puheluissa. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

TAULUKKO 5. Peli poikki -ohjelma, ohjelmaan 5.3.2008 mennessä hyväksytyt asiakkaat

Asiakkaat	Lkm	%	HUOM.
Hyväksytty mukaan	61		
– miehiä	51	84 %	hyväksytyistä
– naisia	10	16 %	hyväksytyistä
keskeyttänyt	6	10 %	hyväksytyistä
suorittanut	19	31 %	hyväksytyistä
hyväksytty mukaan, ei aloittanut	17		poistettu
ohjelmassa mukana aktiivisina	12		
hyväksytty, odottaa rekisteröitymistä	7		
tehnyt seulonnan, jonossa	95		

19 Vastannut seulontakysymyksiin (91 kysymystä), siirretty terapeutille. Tapio Jaakkolan antaman tietokannan mukaan (ks. Pitkänen & Huotari 2009) 20.10.2008 mennessä ohjelmaan oli hyväksytty mukaan 135 henkilöä, heistä 79 % oli miehiä ja 21 % naisia. Tuolloin ohjelmaan oli jonossa 74 henkilöä. (ks. tarkemmin Pitkänen & Huotari 2008.)

Peli poikki -ohjelman tavoitteena on ollut tarjota palveluja valtakunnallisesti ja myös sellaisille paikkakunnille mihin päihdehuollon erityispalvelut eivät ulotu. Ohjelmaan hakeutuneet asiakkaat ovat jakautuneet melko tasaisesti eri puolille Suomea (ks. taulukko 6). (Jaakkola & Alihanka 2008.)

TAULUKKO 6. Peli poikki -ohjelma, ohjelmaan 5.3.2008 mennessä hyväksytyt ja kirjautuneet asiakkaat asuinpaikan (maakunta) mukaan (n = 47)

Maakunta	Lkm	Maakunta	Lkm
Helsinki	10	Etelä-Savo	2
Uusimaa	4	Pohjois-Savo	3
Itä-Uusimaa	-	Pohjois-Karjala	5
Varsinais-Suomi	2	Keski-Suomi	3
Satakunta	1	Etelä-Pohjanmaa	3
Kanta-Häme	2	Pohjanmaa	1
Pirkanmaa	3	Keski-Pohjanmaa	-
Päijät-Häme	1	Pohjois-Pohjanmaa	5
Kymenlaakso	1	Kainuu	-
Etelä-Karjala	-	Lappi	1
Ahvenanmaa	-	<b>Yhteensä</b>	<b>47</b>

Peli poikki -ohjelman asiakkaiden keski-ikä on 34,6 vuotta. Kolme asiakasta oli yli 60-vuotiaita, heistä kaksi oli naisia. Yli 50-vuotiaita asiakkaita oli yhteensä 10, ja heistä naisia oli kuusi. Vanhin ohjelmaan hyväksytyistä oli 63- ja nuorin 21-vuotias. Ohjelmaan hyväksytyistä pelaajista kolmasosa oli hakenut apua aikaisemmin muualta, esimerkiksi A-klinikalta tai Peluurista. Seitsemän heistä oli saanut tai saa psykiatrasta hoitoa. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Useimmat Peli poikki -ohjelman asiakkaat ilmoittavat pelaavansa monia pelejä. Nettipokeri ja nettipelit ovat jossain määrin ehkä yliedustettuja (ks. taulukko 7), mutta asiakaskunnasta löytyy myös raha-automaattien pelaajia ja vedonlyöntiä tai rulettia pelaavia. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Svenska Folkhälsoinstitutet teetti Ruotsissa toteutetusta ohjelmasta seuranta-tutkimuksen Lindköpingin yliopistossa (ks. Bergström & Lundgren 2007). Suomessa raha-automaattien pelaajia (51 %) on odotetusti enemmän kuin ruotsalais-tutkimuksen 29 %. Mutta myös nettipokerin pelaajien ja muiden nettipelaajien osuus on Suomessa suurempi kuin ruotsalaisaineistossa.



TAULUKKO 7. Pelit asiakkaiden ilmoituksen perusteella (n = 61)

Peli	lkm	%
raha-automaatit	31	51
ruletti	4	7
Black Jack	8	13
pokeri kasinolla	3	5
pöytäpelit	5	8
Lotto	3	5
arvat	3	5
Keno	3	5
vedonlyönti, veikkaus	10	16
Veikkauksen pelit	6	10
vedonlyönti, PAF	1	2
nettipokeri	21	34
Nettikasino	13	21
Toto	2	3
Kaikkia pelejä	3	5
Asiakkaita	61	100

*Kokemuksia ohjelman toteuttamisesta*

Peli poikki -ohjelmaa aloitettaessa sen suomenkielinen versio oli varsin kesken-eräinen. Tästä syystä terapeutin työaikaa meni paljon teknisten virheiden (esimerkiksi käännösvirheiden, puuttuvien osien, sisältövirheiden) korjaamiseen. Asiaa mutkisti ohjelman teknisen huollon sijainti Malmössä. Yhteistyö sinne sujui sinänsä hyvin, mutta viiveet muutostöissä olivat turhauttavia. Ohjelmaa aloitettaessa on kuitenkin merkittävästi auttanut tieto Ruotsin vastaavan ohjelman kokemuksista ja sen työntekijöiden konkreettinen tuki. Työnohjaus heiltä on ollut jatkuvaa niin puheluin kuin suorassa työnohjauksessa tapaamisten aikana. (Jaakkola & Alihan-ka 2008.)

Hoidon osalta asiakastyö on sujunut hyvin. Asiakkaat ovat olleet hyvin moti-voituneita hoitoon siihen päästessään. Osa ei ole ollut peliongelman takia missään hoitokontaktissa aikaisemmin, ja mahdollisuus puhua omasta ongelmastaan on ol-lut rajattua tai se on salattu lähipiiriltä. Yhteisiä nimittäjiä suurelle osalle asiakkaista ovat syyllisyys ja häpeä ja niistä johtuva pelaamisen salailu. Kun asiaa on sitten

päästy ohjelmassa hyvinkin monipuolisesti käsittelemään, on helpotus ollut suuri, ja monelle mielialan nousu on myös lisännyt aktiivisuutta ja rohkaissut tarttumaan asioihin uudella tavalla (esimerkiksi aloittamaan rästissä olleet opiskelujaksot, hankkimaan itselleen pelikiellon, lisäämään liikuntaa). (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Lähiverkoston mukaan ottaminen hoitoon on ollut kaikille siihen uskaltautuneille positiivinen, mutta myös rankka kokemus. Kolmannella viikolla ohjelmassa on osio, jossa pyydetään omaiselta tai läheiseltä apua kysymyspatterilla. Siinä kysytään muun muassa, miten läheisen pelaaminen on vaikuttanut työhön, terveyteen, tunnetiloihin, suhteeseen, seksiin. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Hoidon läpi käyneiltä saaduista kirjallisissa palautteissa (13) asiakkaat ovat olleet tyytyväisimpiä pelaamisesta eroon pääsemiseen ja terapeutin kanssa käytyihin puhelinkeskusteluihin. Tyytymättömyyden aiheita olivat muun muassa ohjelmiston tekniset ongelmat, samojen tutkimusten toistuminen ohjelmassa, puhelujen vähäisyys ja nettifoorumin keskustelujen vähäisyys. Tämän hetken (maaliskuu 2008) suurin, voidaan sanoa positiivinen ongelma, on pitkä asiakasjono. Sen purkaminen vain yhden terapeutin kapasiteetilla ei näytä onnistuvan. Jono on kasvanut noin kymmenellä hengellä kuukaudessa. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Jo nyt voidaan todeta, että Peli poikki -ohjelmalle on selvästi kysyntää. Suurin osa asiakkaista aikoo lopettaa pelaamisen kokonaan tai pääasiallisen ongelmapelin. Myös odottaessa ohjelmaan pääsyä pelaaminen on jo vähentynyt. Tärkeä osa ohjelmaa on omien verkostojen hyväksi käyttäminen. Vain muutama asiakas ei aio kertoa pelaamisesta läheisilleen. Monilla on ollut aikaisempia riippuvuusongelmia, erityisesti alkoholin kanssa. Asiakkaat pelaavat laajasti eri pelejä: raha-automaattien tai netti- ja nettipokerin pelaajat eivät hallitse asiakaskuntaa vaan siellä on pelaajia laidasta laitaan kasinopelien pelaajista totopelaajiin. Monilla on mielenterveysongelmia ja mielialalääkitys tai muuta psyykelääkitystä. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

On osoittautunut tärkeäksi kehittää ohjelmaa jatkuvasti ja kouluttautua yhdessä ruotsalaisten kanssa. Ohjelman taustalla oleva ohjelmistoratkaisu on järkevä eikä anna työntekijöille tarpeeksi mahdollisuuksia esimerkiksi itse muokata tekstejä vaan apuna täytyy käyttää teknistä tukea. Myöskään asiakashallinnan välineet eivät ole riittävät. (Jaakkola & Alihanka 2008.)

Peli poikki -ohjelmassa tehdään asiakkaille kaikkiaan viisi tiedonkeruuta. Ensimmäinen – seulonta – tapahtuu asiakkaan hakiessa ohjelmaan. Seulonta käsittää 91 kysymystä. Seuraava – esitutkimus – tapahtuu asiakkaan rekisteröidyttävä ohjelmaan ja kolmas – jälkitutkimus – koko kahdeksan viikon ohjelman tultua suoritetuksi. Lisäksi jokaiselle asiakkaalle, joka on suorittanut koko ohjelman, lähetetään kuuden ja 12 kuukauden kuluttua jälkitutkimukset. Kaikki nämä tiedot ovat sitten seurantatutkimuksen käytössä. (Ks. tarkemmin Jaakkola & Alihanka 2008.) Lisätietoja Peluurista ja Peli poikki -ohjelmasta saa Peluurin kotisivuilta ([www.peluuri.fi](http://www.peluuri.fi)).

## Sosiaalipedagogiikan säätöön kuntoutus

Sosiaalipedagogiikan säätöillä on Suomen oloissa pitkä historia ongelmapelaajien kuntoutuksen järjestämisessä. Koko toimintansa ajan säätö on järjestänyt erilaisia mielenterveyttä vahvistavia kuntoutuskursseja. Ajatus kehittää peliriippuvaisten kuntoutusmalli on lähtenyt liikkeelle vuonna 1995 Tampereella. Tämän johdosta säätö (tuolloin Sosiaalipedagoginen keskus) toteutti RAY:n tuella peliriippuvaisille kolmivuotisen kuntoutusprojektin vuosina 1996–1998.

Tuossa projektissa luotua kuntoutusmallia ja työskentelyä kehitettiin vielä eteenpäin vuosina 1999–2000. Projektin tulokset on koottu Viljasen, Salmen ja Mäkisen raporttiin (2002). Vuosina 2004–2006 Sosiaalipedagogiikan säätö järjesti Pelaaminen hallintaan -kuntoutus- ja koulutusohjelman pääkaupunkiseudulla. Tuolloin ryhmämuotoisiin kuntoutusprosesseihin osallistui 41 pelaajaa ja heidän kymmenen läheistään. (ks. Huotari 2007.) Sosiaalipedagogiikan säätöön kuntoutuksen taustalla on aiemmin ollut *psykodynaamisen ajattelun malli*, jonka pohjalta vuosien 2004–2006 kuntoutuksessa käytetyt menetelmät ja kehitetty työskentelymalli on kuvattu Huotarin (2007) raportissa.

Tällä hetkellä Sosiaalipedagogiikan säätöissä on meneillään vuonna 2007 alkanut Maahanmuuttajanuorten pelaaminen hallintaan projekti (= MaPe), joka perustuu *kognitiiviseen kuntoutukseen*.<sup>20</sup> MaPe-projekti kestää vuoden 2009 loppuun saakka. Seuraavaksi kuvataan Maahanmuuttajanuorten pelaaminen hallintaan -projektin tausta ja sen kuntouttava työmenetelmä. Kuvaus pohjautuu projektissa työskentelevien projektityöntekijä Anita Lähden ja Vaasan aluetyöntekijä Tuula Emaksen haastatteluihin sekä heiltä saatuu materiaaliin (Lähde & Emas 2008).

Maahanmuuttajanuorten pelaaminen hallintaan -projekti on suunnattu peliriippuvuudesta kärsiville sekä heidän läheisilleen. Kuntoutusmalli on kehitetty alun perin Tukholman peliriippuvuuskeskuksessa, jossa sitä on käytetty jo useita vuosia. MaPe:n työntekijät ovat saaneet Tukholmassa menetelmään koulutuksen syksyn 2007 aikana (kurssin laajuus 40 tuntia). Metodina voi käyttää sekä yksilötaapaamisissa että ryhmätyöskentelyssä.

MaPe-projektin työntekijät ovat käyttäneet runsaasti aikaa materiaalien kääntämiseen sekä suomen että englannin kielelle (koska osa maahanmuuttajanuorista puhuu englantia). Alkuperäiskielenä *oppikirjamateriaalissa* (Ortiz 2006; ks. myös [www.speletsbaksida.se](http://www.speletsbaksida.se)) on ollut ruotsi, ja MaPe-projektin työntekijät ovat kääntäneet tekstin suomeksi ja englanniksi. Keväällä 2008 MaPe-projektin työntekijät ovat suomentaneet myös *työkirjamateriaalin*, joka on alun perin julkaistu ruotsiksi (ks. Ortiz 2006).

MaPe-projektin työntekijät eivät ole käyttäneet Tukholmassa kehitettyä kuntoutusmallia sellaisenaan, vaan he ovat kehittäneet ja muokanneet sitä maahan-

20 Vuonna 2008 Sosiaalipedagogiikan säätöissä on alkanut myös pelaajien vertaistukiverkostohanke. Siinä pelaajista ja läheisistä koulutetaan vertaisohjaajia, jotka kokoavat tukiryhmiä eri puolilla maata. Tukiryhmät on tarkoitettu henkilöille, joiden elämää liiallisen pelaamisen kielteiset seuraukset haittaavat. (Ks. tarkemmin: [http://www.sosped.fi/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=135&Itemid=252](http://www.sosped.fi/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=135&Itemid=252).)

muuttajanuorten tarpeisiin soveltuvaksi. Tätä KBT-menetelmää (= Kognitiivisbeteendeterapi) sovelletaan Suomessa myös auttava puhelin Peluurissa. MaPe-projektissa kuntoutusmenetelmää on ehditty soveltaa sekä yhdessä pilottiryhmässä että yksilötapaamisissa. Pilottiryhmässä käytetty kieli on ollut englanti. Yksilötapaamisissa on käytetty suomen, englannin ja ruotsin (erityisesti Vaasan alueella) kieltä. Koska MaPe-projektin kohteena ovat maahanmuuttajanuoret, ryhmissä ja yksilötapaamisissa voidaan jatkossa käyttää myös tulkkipalveluja. Ryhmän käyttökieli tullaan kuitenkin valitsemaan ryhmäläisten kielitaidon mukaan.

Kuntoutuksen *päätavoitteena* on peliriippuvuuden biopsykososiaalisen mallin oppiminen, oman peliriippuvuuden ymmärtäminen sekä ajattelun uudelleen rakentuminen kuntoutuksen avulla (ryhmässä tai yksin). Tämän tavoitteen saavuttuaan peliriippuvainen henkilö voi päästä parempaan pelinhallintaan tai lopettaa kokonaan pelaamisen.

### *Kuntouttavan työmenetelmän kuvaus*

Kuntoutus alkaa *alkuhaastattelulla*, jossa kartoitetaan laajasti 27 kysymyksellä muun muassa asiakkaan avuntarve ja pelaaminen elämänhistorian aikana, aiemmat kokemukset tukitoimista sekä kuntoutukseen kohdistuvat tavoitteet ja odotukset. Näitä *yksilökäyntejä* voi olla useampikin (yleensä 1–5 tapaamiskertaa) ja niissä ratkaistaan, motivoituuko ongelmapelaaja mukaan ryhmätapaamisiin. Samalla kartoitetaan läheisten tuen tarve. Mahdollinen perhe- tai parityöskentely alkaa rinnakkain muun työskentelyn kanssa. Ryhmien ohella voidaan siis työskennellä asiakkaan kanssa kahden kesken. Myös verkostotapaamiset ovat mahdollisia (perhe mukana). Työntekijä voi myös lähteä konsultaatiotapaamiseen muun toimijan työpaikalle.

Jos ongelmapelaaja motivoituu mukaan ryhmiin, hänet sitoutetaan tiiviiseen kuntoutukseen ja hänelle tehdään kirjallinen *henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma*. Siinä käydään läpi muun muassa sosiaaliset suhteet, muut auttajatahot, opiskelu- tai työtilanne, harrastukset, terveys, taloustilanne, pelaamisen haitat ja tulevaisuuden suunnitelmat. Kuntoutussuunnitelmaa tehdään ja täydennetään yksilökäyntien aikana, samalla kun ongelmapelaaja jatkaa ryhmässä.

Kuntoutuksen jälkeen dokumentoituun kuntoutussuunnitelmaan tehdään kunkin asiakkaan kanssa loppuarviointi tämän tilanteesta. Samalla arvioidaan myös metodin toimivuus. Lisäksi asiakkaalle voidaan varata tukitapaamisia (boosterconsultation). Asiakas voi myös kerrata ryhmämuotoisen kuntoutuskurssin, mikäli hän kokee siihen tarvetta.

Koska KBT-malli on Suomessa pelaamisen ongelmien käsittelyssä verrattain uusi, esitellään seuraavaksi sen sisältö. Lähteen ja Emaksen (2008) mukaan kognitiivinen työskentely (8 + 4 kertaa) etenee seuraavasti. Kuntoutuksen tärkein osa tapahtuu ryhmässä, johon osallistuu 3–7 henkilöä. Viikoittaisia tapaamiskertoja on

kahdeksan ja mahdollisia jatkotapaamisia neljä. Yksi tapaamiskerta kestää kolme tuntia, ja tapaamispaikka ja -aika ovat sovitusti aina samat. (Lähde & Emas 2008.)

Ryhmä sulkeutuu ensimmäisellä tapaamiskerralla, ja osallistujat sitoutuvat kirjallisesti ryhmän sääntöihin. Ryhmän ohjauksesta ja työmenetelmistä sekä teematapaamisista vastaa palkattu ammattiohjaaja. Viimeisellä tapaamiskerralla arvioidaan jatkotapaamisten tarve ja muu mahdollinen jatkotyöskentely ryhmässä tai kahdenkeskisissä tapaamisissa. Asiakas ohjataan tarpeen mukaan muun tuen piiriin, jos siihen on tarvetta tai mahdollisuutta. Muun tuen tarve voi tulla esille jo kuntoutuskurssin aikanakin, jolloin siihen tarvittaessa etsitään tukitaho. (Lähde & Emas 2008.)

Seuraavaksi esitellään kuntoutusryhmän *12 kokoontumiskerran sisällöt*. Ensimmäinen istunto on kuvattu tarkemmin kuin muut. Ensimmäisessä istunnossa esitellään osallistujat ja kurssin käsikirjoitus. Istunnossa käydään läpi kurssin sisältö, sopimukset ja säännöt. Osallistujat merkitsevät nimensä läsnäololistaan. Istunnossa tiedotetaan itseapuryhmistä ja muista auttajatahoista. Lisäksi esitellään kurssin toimintatavat, KBT-malli, biopsykososiaalinen peliriippuvuuden selitysmalli ja oppimisteoreettinen näkemys peliriippuvuudesta. Lisäksi käydään läpi käyttäytymisanalyysi sekä se, mitä peliriippuvuus on. (Lähde & Emas 2008.)

Ensimmäisessä istunnossa tehdään myös kaksi harjoitusta, joissa jokainen osallistuja 1) täyttää lomakkeen, jossa on omaa peliriippuvuutta avaavia diagnosioivia kysymyksiä sekä 2) tekee harjoituksen omasta kuntoutustavoitteestaan. Näistä harjoituksista tehdään yhteenveto. Myös niistä esiin tulevat kysymykset käydään läpi. Lopuksi annetaan kotitehtävät seuraavaa tapaamista varten: 1) tutustu sovituihin kirjallisiin sopimuksiin ja kurssiohjeisiin 2) täytä itsearviointikaavake omista pelitilanteista ja 3) tutustu listaan, jossa kerrotaan itseapuryhmistä ja muista auttajatahoista. Istunnon harjoitustehtäviin kuuluu lisäksi kysymyslomakkeen täyttäminen, jolla mitataan ryhmäläisten peliriippuvuutta. Lomakkeen diagnostisoivat kysymykset perustuvat DSM-IV -peliriippuvuusdiagnoosiin. (Lähde & Emas 2008.)

Seuraavien 2–8 istunnon teemat voivat osittain vaihdella, ne valitaan ryhmän tarpeiden mukaan seuraavista teemoista: 1) Mikä käynnistää pelaamisen? 2) Miten selviän ”peli-imusta” ja kaipuusta pelata? 3) Kuinka käsittelen omaa pelaamiseen liittyvää ajattelua ja muutan ajatuskulkua? 4) Pelinhallinnan illuusion purkaminen eli illuusion purku siitä että pelaaja pystyy ohjaamaan sattumaa pelissä. 5) Uudet oppimismenetelmät. 6) Kuinka havaita ja oikaista mielikuvia pelin kontrollista ja sattumanvaraisuudesta. 7) Pelaajan kognitiivinen dissonanssi (etäännyttäminen). 8) Pelaamisesta vapautuminen eli kartoitetaan pelaamisen haitat ja hyödyt. 9) Uusia ongelman ratkaisumalleja. 10) Vaihtoehtoja pelaamiselle. Ylimääräisiä istuntoja voidaan pitää ryhmän tarpeiden mukaan (ja käsitellä esimerkiksi talousneuvontaa tai lakiin liittyviä ongelmia). Läheiset saavat osallistua ylimääräisiin istuntoihin sopimuksen mukaan. Jokaisen istunnon jälkeen osallistujat saavat kotitehtäviä seuraavaksi kerraksi. (Lähde & Emas 2008.)

Mahdollisten jatkotapaamisten – joilla ennakoidaan pelihimoa – sisällöt ovat seuraavat: Ensimmäisessä jatkotapaamisessa kartoitetaan pelaamisen käynnistävät riskitilanteet, havaitaan varhaiset pelaamishalun varoitussignaalit ja opitaan tunnistamaan repsahdusten ensioireet. Toisessa jatkotapaamisessa käsitellään repsahdusten vaaraa, joka on suuri kun pelinhallinta alkaa olla hyvässä mallissa (illuusiokontrollista). Lisäksi käsitellään rahan sekä henkilökohtaisten suhteiden kriisiytymisen suurta merkitystä hallitsemattomaan pelaamiseen ja uudelleen aloittamiseen. (Lähde & Emas 2008.)

*Läheisten* KBT-kuntoutuksen tarkoitus on vahvistaa ja lisätä heidän valmiuksiaan ja omia voimavarojaan parempaan elämään ja hyvinvointiin. Lisäksi tavoitteena on lisätä taitoja hallita ja elää omaa elämää ongelmapelaajan kanssa. Kognitiivinen kuntoutus ongelmapelaajan läheiselle voidaan toteuttaa läheisten yksilö- ja/ tai ryhmätapaamisina. Läheiset otetaan kuntoutukseen mukaan, koska peliriippuvuus vaikuttaa myös pelaajan läheisiin. Läheisen tuki ja ymmärrys on myös tärkeää pelaajalle. Läheisten tukitapaamiset ovat osa läheisten ohjattuja ryhmäprosesseja ja läheisryhmät voivat kokoontua joka toinen viikko sovitusti. (Lähde & Emas 2008.)

Läheisten ryhmät sisältävät tietoa ja harjoituksia peliriippuvuudesta ja aivojen palkitsemisysteemistä sekä pelaamisen seurauksista läheisille. Ryhmissä käsitellään myös seuraavia teemoja: 1) Miten tunnistan ja näytän omat rajani? 2) Uhka ja väkivalta – hae apua! 3) Vaikeudet ja ambivalenssi kontrolloida/ei kontrolloida läheisen pelaamista ja talouden hoitoa. 4) Miten kommunikoin tehokkaasti ja opin ”minä”-viestintää? 5) Rakentavat ongelmanratkaisumallit. 6) Vahvistetaan positiivisia peleistä vapaita käyttäytymismalleja peliriippuvaiselle matkalla kohti pelistä vapaata parisuhdetta. Läheisten ryhmät käynnistyvät tarpeen mukaan keväällä 2008 (Helsinki, Vaasa). Vaihtoehtona on yksilötyöskentely, jos ryhmiä ei saada käynnistymään. (Lähde & Emas 2008.)

MaPe-projektin *pilottiryhmä* on toiminut 7.11.2007–30.1.2008. Siihen valikoitui viisi ongelmapelaajaa. Ryhmä tapasi viikoittain yhteensä 12 kertaa ja kukin tapaamiskerta kesti 3 tuntia. Pilottiryhmän käyttökielet ovat olleet suomi ja englanti. Ryhmän käyttökieli tullaan jatkossa valitsemaan aina ryhmäläisten kielitaidon mukaan. Ryhmissä ja kotona tehtävät harjoitukset ovat olleet suomeksi ja englanniksi.

MaPe-projektin työntekijät ovat tehneet kustakin ryhmäkokoontumisesta dokumentoidut ryhmäistuntopurut. Pilottiryhmään osallistuneilta asiakkailta on myös kerätty palautetta. Haastateltujen työntekijöiden mukaan ryhmäläisiltä saatu palaute metodista oli monipuolista ja heillä oli myös ideoita menetelmän parantamiseksi. Ryhmäläisten työntekijöille antaman oman arvion mukaan heidän pelaamisen hallintansa lisäntyi kuntoutuksen aikana. Työntekijöillä oli arviointitapaamisia kunkin pilottiryhmäläisen kanssa loppukeväällä 2008, jolloin arvioitiin myös kuntoutusajan pituuden toimivuutta. Uusista ryhmistä on tiedotettu ilmaislehdissä ja verkostojen avulla. Kiinnostuneet saavat lisätietoa ja voivat varata ajan ensimmäiseen yksilötapaamiseen. Haastatteluja alkaviin pelaajien ryhmiin ja läheisryhmiin on tehty non-stop-periaatteella kevästä 2008 lähtien. (Lähde & Emas 2008.)

*Yksilötyöskentelyssä* menetelmää sovelletaan tällä hetkellä sekä Helsingissä että Vaasan alueella. Vaasassa menetelmää käytettiin aluksi sekä heikosti suomen kieltä osaavan asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa. Työskentely tapahtui tulkin välityksellä ja toimii hyvin<sup>21</sup>. Alaikäisen asiakkaan kanssa lähtökohtana on aina selvittää asiakkaan oma jo toimiva verkosto (esimerkiksi perhe, kouluterveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä) ja toimia myös yhdessä. Tällä hetkellä (marraskuu 2008) Vaasassa ei toiminut kuntoutusryhmää, mutta yksilötyöskentelymäärät olivat kasvaneet ja yksilötyöskentelyyn osallistui ongelmapelaajia eri puolelta Vaasan aluetta.

MaPe-projektin toinen kuntoutuskurssi käynnistyi lokakuussa 2008 ja se päättyi joulukuussa 2008. Ryhmään osallistuu neljä maahanmuuttajataustaista. Heistä kaksi kuuluu ikäryhmään 20–24-vuotiaat, yksi ikäryhmään 30–34-vuotiaat ja yksi ikäryhmään 35–39-vuotiaat. Mukaan on siis otettu myös hieman vanhempia, sillä nuoria maahanmuuttajataustaisia ei ole saatu tarpeeksi mukaan. Haastattelun projektityöntekijän mukaan neljä osallistujaa on tässä ryhmässä maksimimäärä, sillä ryhmäläisten käyttämä kieli vaihtelee, ja se vie runsaasti aikaa kokoontumisissa.

Marraskuussa 2008 projektityöntekijä kertoi, että työskentelyssä tullaan siirtymään yhä enemmän yksilö- ja perhekohtaamisiin, koska usein maahanmuuttajataustaiset salaavat peliongelmansa eivätkä halua puhua siitä ryhmässä. Tällä hetkellä sekä Helsingin että Vaasan aluetoimistossa käy yli 10 maahanmuuttajataustaista henkilöä yksilö- ja perhetyöskentelyssä. Lisätietoa aiheesta saa MaPe-projektin kotisivuilta osoitteesta [www.sosped.fi](http://www.sosped.fi), josta valitaan osio ”palvelut ongelmapelaajille”.

## A-klinikkasäätiön Turun nuorisoasema

Useissa raporteissa (esimerkiksi Huotari 2007) todetaan, että A-klinikkasäätiön Turun Nuorten Hoitoyhteisö (Nuoho) on yksi niistä tahoista, jotka tarjoavat peliriippuvuuden hoitoon räätälöityä hoito-ohjelmaa. A-klinikkasäätiön Turun nuorisoaseman (ks. [www.turunaklinikka.fi](http://www.turunaklinikka.fi)) johtajan Virve Tuomisen haastattelu toi kuitenkin ilmi sen, että ainoastaan yksi asiakas on ollut hoidettavana noin 1990-luvun puolivälissä Turun Nuorten Hoitoyhteisössä (Nuohossa, Vähäheikkiläntie 3), joka antaa laitoshoidoa. Ongelmapelaajien hoito Nuohossa loppui, kun vastaava sosiaaliterapeutti, joka tuolloin oli ollut kiinnostunut peliriippuvaisten hoidosta Nuohossa, lopetti työnsä 1990-luvun loppupuolella. Erilaisiin raportteihin on kuitenkin jäänyt harhaanjohtava tieto siitä, että Nuohossa olisi ollut enemmänkin tai olisi edelleen peliriippuvaisia asiakkaita. Turun nuorisoaseman johtajan mukaan Nuohon toiminta lakkasi joulukuussa 2007. Ongelmapelaajat ohjataan muihin ole-

21 Tuula Emaksen haastattelun mukaan tulkin käytössä tärkeitä asioita ovat luottamus, vaihtoloksymykset ja tulkin valinta. Tulkkaustilanne vaatii aikaa ja keskittymistä myös siltä osin, että tulkki ”ei puhu omiaan”. Emaksen mukaan istunnot paranevat ajan kanssa. Työntekijän on hyvä ottaa huomioon, että tulkilla voi olla myös arvokasta tietoa, omia näkemyksiä kuntoutuksesta ja hyviä parannusehdotuksia. Tulkille on hyvä varata aikaa myös avata käsitteitä ja varmistaa, että työntekijä ja tulkki ymmärtävät ne samalla tavalla. Tulkkaustilanteissa puheen on tärkeää olla lyhyttä ja selkeää. Tulkkia tarvitsevan asiakkaan tapaamiseen on hyvä varata tuplasti aikaa. Tällöin voi rauhassa selittää asioita ja varmistaa, että myös asiakas ymmärtää mistä on kyse.



massaoleviin laitoshoitopalveluihin (kuten Tyynelään ja Kouvolaan). Harhakäsitys Nuohosta laitoshoitotahona johtuu Turun nuorisoaseman johtajan mukaan siitä, että Nuohoa markkinoitiin aikoinaan lääkkeettömänä laitoshoitovaihtoehtona myös ongelmapelaajille.

Sen sijaan A-klinikkasäätiön Turun nuorisoasemalla (Yliopistonkatu 34) on kokoontunut koko 2000-luvun nuorisoaseman johtajan johdolla peliongelmaisten nuorten ryhmiä. Ryhmien toiminta on ollut hänen varassaan, muilla Turun nuorisoaseman työntekijöillä ei ole ollut peliryhmiä. Ryhmiin on osallistunut vuosittain 4–8 nuorta, jotka ovat olleet iältään 16–24-vuotiaita. 1990-luvun lopulla on myös toiminut ongelmapelaajien ryhmiä, joihin on osallistunut kuhunkin 4–6 nuorta. Lisäksi 1990-luvulla on toiminut ”mielialanhallintaryhmiä”, joissa on ollut mukana niin ongelmapelaajia kuin päihderiippuvaisiakin.

Nuorisoasemalla on alettu tilastoida peliriippuvaisia erikseen vuonna 2006. Tällöin Nuorisoaseman vuoden 2006 kaikkiaan 289 asiakkaasta tilastoitiin yhdeksän ”peli- tai muuta riippuvaista” (käytännössä muu tarkoittaa nettiriippuvuutta). Vuonna 2007 tilastoitiin 18 peli- tai muuta riippuvaista, joista vuoden 2007 peliryhmään osallistui 4 asiakasta (muut 14 asiakasta kävivät yksilöterapiassa). Ryhmien osalta esimerkiksi vuonna 2007 toiminut ryhmä on kokoontunut syksyllä viikoittain, yhteensä yhdeksän kertaa. Tähän ryhmään osallistuneet kaikki neljä ovat olleet poikkeuksellisen nuoria, alle 18-vuotiaita. Ryhmät toimivat non-stop-periaatteella, eli jos ryhmiin on matkan varrella tulossa uusia jäseniä, heidät otetaan mukaan ryhmiin. Nuoret ovat Turun nuorisoaseman johtajan mukaan olleet ongelmapelaajia, joilla joillakin on samalla ollut nettipeliriippuvuutta. Joillakin ongelmana on ollut myös se, että tietokone/internet on vienyt nuoren ajan.

### *Nuorisoaseman ongelmapelaajien hoito-ohjelma*

Nuorisoasemalla on koko nuorten ongelmapelaajien ryhmien ajan (noin 10 vuotta) ollut käytössä hoito-ohjelma, joka perustuu kognitiiviseen lähestymistapaan. Tämän ”Ongelmapelaajien hoito-ohjelman” sisältö on kirjattu kahden sivun pituiseen A4-monisteeseen (vuodelta 1993). Nuorisoaseman johtajan mukaan sama moniste lienee jaettu ja sitä voidaan ehkä käyttää muillakin A-klinikoilla, mutta tästä hänellä ei ollut tarkempaa tietoa. Turun nuorisoaseman johtaja tuntee hyvin Turun Nuorisoaseman historian ja kokemukset peliriippuvaisten hoidosta, sillä hän on työskennellyt Turun nuorisoasemalla vuodesta 1974 lähtien. Hänen vetämänsä ryhmäkokoontumiset noudattavat seuraavassa esitettävää hoito-ohjelman runkoa, mutta käsiteltäviä teema-alueita on kovasti muokattu kunkin ryhmän tarpeiden mukaan. Esimerkiksi jos ryhmässä tulee ilmi mielialaan ja masennukseen liittyviä teemoja runsaasti, keskitytään niihin.

Koska Suomessa on hyvin vähän erilaisia hoitomenetelmiä ongelmapelaajille, tuodaan seuraavassa monisteessa (1993) kirjatut palaverien sisällöt esille yksityiskohtaisesti. Monisteessa on aluksi lueteltu hoidon tavoitteet seuraavasti: 1) auttaa



ryhmän jäseniä tiedostamaan ja selkiyttämään itselleen pelaamiseen liittyvää ajatteluaan, tunteitaan ja käyttäytymistään, 2) oppia itsehallintataitoja suhteessa pelaamiseen, 3) oppia jakamaan kokemuksia toisten samoista ongelmista kärsivien kanssa, 4) löytää elämäntapoja tervehdyttäviä korvaavia toimintamuotoja.

Hoito-ohjelman sisältö koostuu monisteen (1993) mukaan *kahdeksasta* ”palaverista” (= ryhmäkokouksesta), joissa käsitellään pelaamiseen liittyviä teemoja. Turun nuorisoseuran johtajan mukaan näiden palaverien sisältöjä ei välttämättä käydä läpi monisteen mukaisessa järjestyksessä.

Ensimmäinen palaveri on ”kurssin johdanto”. Se sisältö on: ”esittäytymiskierros (kuka on ja miksi on tullut juuri nyt ryhmään), aiheen esittely (ongelman ilmenemismuodot ja yleisyys, suhde muihin riippuvuusongelmiin, ongelmapelaamisen ansa, virheellisten uskomusten osuus ongelman ylläpidossa), hoitopaikan ja työskentelytavan esittely (tapaamisten ajankohdista sopiminen, ohjelman esittely, jokaiselle suunvuoro, kotitehtävien perustelu, alun abstinenssijakson tarpeellisuus), ryhmän säännöt (luottamuksellisuus: ryhmässä käsitellyistä asioista ei puhuta ulkopuolisille, vapaus valita mitä haluaa kertoa ryhmälle, keskinäinen tuki, aktiivinen osallistuminen, ilmoitus ryhmänvetäjille, mikäli ei voi osallistua), hoidon tavoitteiden esittely (metaforan avulla), kotitehtävä: pelaamishalujen seuranta.”

Toisen palaverin sisältö on ”pelaamisen edut ja haitat”: ”kotitehtävän purku, päätöksentekotaulukko pelaamisen vs. lopettamisen eduista ja haitoista, kotitehtävä: omakohtainen päätöksentekotaulukko.”

Kolmannessa palaverissa aiheena on ”tavoitekeskustelu”: ”kotitehtävän purku, tavoitekeskustelu – lopettaminen vai vähentäminen, muutossuunnitelma, kotitehtävä: omakohtainen muutossuunnitelma”.

Neljäs palaveri sisältää ”pelaamistilanteiden analyysin”: ”kotitehtävän purku, pelaamisen sisäiset ja ulkoiset vihjeet, pelaamista ylläpitävien uskomusten tarkastelu/kyseenalaistaminen, pelaamisen korvaavat funktiot, kotitehtävä: omakohtaisen riskitilanteen analyysi”.

Viidennessä palaverissa on teemana ”selviytymisstrategioiden suunnittelu”: ”kotitehtävän purku, eläke- ja palkkapäivät tai muut vastaavat riskitilanteet, miten selvittää tavallisista houkutuksista, kotitehtävä: omakohtainen riskitilanne ja selviytymissuunnitelma sitä varten.”

Kuudennen palaverin teemana on ”talouden tasapainottaminen”: ”kotitehtävän purku, velkojen vaikutus tunteisiin ja käyttäytymiseen, miten velkoja voi hoitaa, kotitehtävä: suunnitelma velkojen hoidosta”.

Seitsemännen palaverin teema on ”saavutusten ylläpito”: ”kotitehtävän purku, kurssin kertaus, mitä pelaamisen tilalle, selviytymissuunnitelma.” Kahdeksannessa palaverissa sovitaan ”seurantatapaaminen esimerkiksi 3 kuukauden kuluttua”.

Palavereille on monisteen lopussa nimetty myös ”vaihtoehtoisia sessioteemoja”, jotka ovat ”1) jännitys ja stressi – rentoutuminen, 2) kielteisten mielentilojen helpottaminen (RET), 3) elämäntapamuutokset, 4) muut addiktio.” Ryhmät ovat kokoontuneet keskimäärin 16 kertaa, siis noin puolet enemmän kuin hoito-oh-

jelmassa on kokoontumiskertoja. Hoito-ohjelmaa on pilkottu pienempiin osiin. Ryhmiin on voinut osallistua myös terveydenhuollon oppilaitosten opiskelijoita käytännön harjoittelujaksollaan. Jokainen nuori saa myös oman kansion, johon tehtävät kootaan.

Myös vaihtoehtoisia ryhmätoimintoja on käytetty. Ryhmissä on käytetty esimerkiksi rentoutusharjoituksia ja mielikuvaharjoituksia (ks. Vapauteen ahdistuksesta...). Nuoret ovat myös voineet saada esimerkiksi kuntosalilipun tai elokuvalipun kannustimeksi muuhun toimintaan. Vuonna 2007 kävi peliryhmä ryhmäläisten toiveesta yhden kokoontumisen aikana elokuvissa. Nuorisosoaseman johtajan mukaan tämä oli toimivaa, koska nuoret saivat kokemuksen, että muukin kuin pelaaminen voi olla antoisaa. Ryhmän vetäjä hyödyntää ryhmätapaamisissa myös muita tietolähteitä, kuten työkirjoja ”Depressiokoulu” (ks. Koffert & Kuusi 2002) ja ”Vapaaksi ahdistuksesta” (Bourne 2000), joista on otettu materiaalia tapaamisiin.

Ryhmätapaamiset sopivat haastattelun mukaan niille, joilla ei ole kovin vakavia mielenterveys- tai päihdeongelmia. ”Pakko-oireisia” tai masentuneita voi olla mukana ryhmissä, mutta he eivät saa olla kauhean itsetuhoisia. Haastavia ovat myös päihdeongelmaiset pelaajat, jotka alkavat pelata tai saavat kimmokkeen. päihteiden vaikutuksen alaisena. Heitä on haastattelun mukaan järkevämpi tavata ainakin aluksi yksilötapaamisissa ja selvittää sitä, miten päihteiden käytön saisi ensin hallintaan, koska samalla voi peliongelman ratketa. Tärkeää on myös se, että päihdeongelma on siinä määrin hallinnassa, että he pystyvät sitoutumaan ryhmätapaamisiin ja tulemaan niihin ilman päihteitä. Korvaushoidossa olevia on ollut myös ryhmissä mukana, joten korvaushoito ei ole esteenä ryhmiin tulolle.

Yksilökäynneissä noin 10 käyntiä on keskimääräinen määrä, mutta joku on voinut käydä kolmekin vuotta. Asiakkaat tulevat ryhmiin pääosin Turusta ja niistä lähikunnista, joiden kanssa Turun nuorisosoasemalla on ostopalvelusopimus (ks. [www.turunaklinikka.fi](http://www.turunaklinikka.fi)). Ryhmissä noin 6–8 henkilöä on toimiva määrä. Jos henkilöitä on enemmän, ryhmän luonne muuttuu, eikä aikaa jää riittävästi välitehtävien purkuun ja eri osallistujien tilanteiden käsittelyyn.

Koska erityisesti nuorista ja heidän peliongelmistaan on vähän alueellista tietoa, kuvataan seuraavassa lyhyesti haastattelussa esiin tulleita nuorten pelaajien profilia ja ongelmia. Peliongelmaisista nuorista naisia/tyttöjä on vain 1/10. Usein vanhemmat tai tyttökaveri ohjaavat peliongelmaisen miehen/pojan nuorisosoasemalle.<sup>22</sup> Monet nuoret eivät myöskään itse koe pelaamista kovin ongelmalliseksi, vaikka siihen saattaisi mennä kaikki käytettävissä olevat rahat. Toinen iso ongelma on aikapelaaminen netissä. Usein nuoret eivät malta mennä nukkumaan eikä heitä saa millään pois koneen äärestä, vaikka koulunkäynti kärsisi dramaattisesti. Pelaamisen syyksi nuoret kertovat usein ajankulun, jännityksen hakemisen ja sen, että yrittävät voittaa takaisin häviämiänsä rahasummia (vaikkakin ainoa tapa voittaa rahoja takaisin on olla pelaamatta, huomauttaa Turun nuorisosoaseman johtaja).

<sup>22</sup> Hoitoon ohjausta lukuun ottamatta Turun nuorisosoaseman hoidosta tuntui puuttuvan perhenäkökulma, vaikka kyseessä ovat nuoret, joilla todennäköisesti on vielä tiiviit yhteydet perheisiinsä.

Pääasiallinen pelattu peli on RAY:n pelikoneet. Täysi-ikäisistä nuorista moni käy pelaamassa Ray:n kasinoilla. Osa pelaa myös internetissä. Velat ovat monille iso ongelma. Esimerkiksi internetissä nettipokeria pelaavat voivat olla velkaa jopa useita tuhansia euroja. Se on paljon nuorille, joiden tulot ovat usein pienet ja kaikki hankittu raha menee peleihin. Tällöin nuoret voivat helposti sortua näpistelyyn ja varkauksiin saadakseen rahaa sekä velkoihin että pelaamiseen. Joillakin on myös opintolaina tai -raha ja palkka saattanut mennä kokonaan pelaamiseen.

Haastattelun mukaan useimmat nuoret ongelmapelaajat haluavat saada pelaamisen hallintaan ja osa haluaa lopettaa sen kokonaan. Jotkut pääsevät siihenkin, että korkeintaan silloin tällöin laittavat muutaman euron peleihin. Yli puolet nuorista saa pelaamisen hallintaan. Joillekin nuorille riittää jopa viisi tapaamiskertaa sen ”tajuamiseen” että pelaaminen on hyvä lopettaa. Ryhmissä nuoret ovat vuorovai- kutteisia, antavat palautetta toinen toisilleen ja huomauttavat toisiaan pelaamisesta ihan konkreettisesti. Tyypillistä pohdintaa ryhmissä on, miksi joku toimi juuri tietyllä tavalla, miten välttää riskitilanteita tai kannattaisiko pankkikortti antaa hetkeksi jonkun muun haltuun. Tai jos joku ei tule ryhmään jollakin kerralla, muut ryhmäläiset soittavat tälle ja kannustavat tulemaan takaisin ryhmään. Oleelliseksi ryhmissä onkin osoittautunut tämä nuorten vertaisapu.

Hoito-ohjelman ryhmäkokoontumisissa käsiteltävissä teemakokonaisuuksissa on paljon yhtäläisyyksiä aiemmin Sosiaalipedagogiikan säätiössä toteutettuun Pelaaminen hallintaan -kuntoutus- ja koulutusohjelmaan (ks. Huotari 2007), vaikkakin se perustui erilaiseen, psykodynaamiseen lähestymistapaan. Yhtäläisyyksiä ovat teemat, joissa käsitellään esimerkiksi pelaamiseen liittyviä virheellisiä uskomuksia, pelaamisen lopettamisen tai vähentämisen etuja ja haittoja, eläke- ja palkkapäiviin liittyviä riskitilanteita, velkojen vaikutusta ja tunteiden käsittelyä, vertaisapua ja sitä, mitä pelaamisen tilalle voisi saada. Nuorisoaseman monistemuotoisessa hoito-ohjelmassa korostetaan 1990-luvulla niin muodikasta ”selviytymistä”, kun taas käytännössä Turun nuorisoaseman johtaja korosti pelaamisen hallintaa, kuten Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutuksenkin tarkoitus oli (ks. Huotari 2007).

Yhteenvetona haastateltava toteaa, että on ollut yllättävän vähän työntekijöitä, jotka ovat olleet kiinnostuneita hoito-ohjelmasta tai ryhmien vetämisestä tai halunneet pitemmälle perehtyä niihin. Turussa kyllä toimii GA-ryhmä, mutta itsenäisesti. Osa Turun nuorisoaseman asiakkaista on käynyt sekä yksilö- että ryhmäterapiassa. Nuorten ongelmapelaajien jatkosta ryhmien jälkeen ei ole Turussa tehty seurantaa. Kun nuoret täyttävät 25 vuotta, he siirtyvät pois Nuorisoaseman asiakkuudesta esimerkiksi A-klinikoille. Koska peliongelmiin on Turussa ollut tarjolla vain vähän asiantuntemusta, on Turun nuorisoasemalle välillä otettu asiakkaaksi myös noin kolmekymppisiäkin asiakkaita. Markkinointi on kuitenkin suunnattu alle 25-vuotiaille. Peliriippuvuudesta Turun nuorisoaseman johtaja ei ole kouluttanut ihmisiä, mutta uusi ihminen olisi hyvä kouluttaa ongelmapelaajien ryhmien vetäjäksi Turkuun, sillä Nuorisoaseman johtaja kertoo jäävänsä eläkkeelle muuta-

man vuoden kuluttua. Hänen mukaansa nuoria ongelmapelaajia on Turun seudulla varmasti paljon enemmän, mutta he eivät välttämättä tiedosta ongelmaansa tai markkinointi ei ole riittävän laajaa, jotta nuoret osaisivat hakeutua peliongelmien vuoksi Nuorisoasemalle.

## Kuopion kriisikeskus

Kuopion Seudun Mielenterveysseuran Hyvä Mieli ry:n/Kuopion kriisikeskuksen tarkoituksena on edistää kriiseistä selviytymistä yksilö-, perhe- ja yhteisötasolla (tarkemmin Kuopion kriisikeskuksen esittely 2007: myös [www.kuopionkriisikeskus.fi](http://www.kuopionkriisikeskus.fi)). Kriisikeskus hoitaa myös ongelmapelaajien akuutteja kriisejä kriisityön sisällä pääsääntöisesti niin, että yhdelle ongelmapelaajalle on varattu 1–5 käyntikertaa kriisiterapiakeskusteluja Kriisikeskuksessa. Yksittäistapauksissa Kriisikeskuksessa hoidetaan myös pitempiaikaisesti peliongelmaa, mikäli kunta tai joku muu taho kuten työterveyshuolto ostaa viidennen kerran ylittävät terapiakeskustelut.

Kuopion kriisikeskuksella ei ole ongelmapelaajien hoitamiseen muuta rahoitusta kuin ostopalvelusopimus, jonka mukaan yhdelle ongelmapelaajalle voi olla käyntikertoja 1–5. Haastatellun Kuopion kriisikeskuksen johtajan Riitta Hirvosen mukaan tuo käyntikertojen määrä riittää joillekin aloitteleville ongelmapelaajille. Jos asiakas on peliongelmien lisäksi päihde- ja/tai mielenterveysongelmainen ja jos peliongelma on jatkunut kauan, on tuo käyntikertojen määrä riittämätön.

Ongelmaksi Kuopion kriisikeskuksen johtaja näkee sen, että Kuopiossa päihde- ja mielenterveyspalvelujen tuottajat eivät puutu mitenkään peliongelmaan. Esimerkiksi Kuopion seudun päihdesäätiö on linjannut palvelunsa aineriippuvuuksiin, joten peliriippuvaisille ei tarjota palveluja eikä niihin ole osaamista. Jos jollakin päihdeiden käyttäjällä on peliriippuvuus, sitä ei hoideta. Näin on myös mielenterveyspalveluiden erityispalveluissa, toteaa Kuopion kriisikeskuksen johtaja. Hänen mukaansa joissakin tapauksissa Kuopion kriisikeskukseen on ohjattu ongelmapelaajia päihdehuollosta ja mielenterveyspalveluista. Kriisikeskuksesta apua saavat ostopalvelusopimuksen tehneiden kuntien asukkaat, ja mikäli ostopalvelusopimusta ei ole, asiakkaan kanssa käydään tilanteen kartoituskeskustelu ja hänet ohjataan oman kunnan palveluiden piiriin tai kunta voi ostaa asukkaalleen halutun palvelun.

Kuopion kriisikeskukseen tuli vuonna 2006 yhteensä 3 357 yhteydenottoa, joista eri asiakkuuksia oli tasan 1 000. Vuonna 2007 yhteydenottoja oli 3 721 ja asiakkuuksia 1 107. Ensimmäinen asiakkaan käyntikerta on aina hänen tilanteensa kartoitus, johon varataan kaksoisaika eli 90 minuuttia. Tyypillisin kriisikäyntien syy oli parisuhdekriisi, tämän jälkeen perhe-/parisuhdeväkivalta. Usein myös avio- tai avoliiton tai seurustelun päättyminen ja huoli läheisestä oli syynä yhteydenottoon (ks. Kuopion kriisikeskuksen tilastokoonnit 1.1.–31.12.2006 ja 1.1.–

31.12.2007; myös [www.kuopionkriisikeskus.fi](http://www.kuopionkriisikeskus.fi) ). Vuonna 2006 peliriippuvuus oli tilastoitui kriisikäyntien syyksi 14 asiakkaalla (yhteydenottoja yhteensä 72) ja 16 asiakkaalla vuonna 2007 (yhteydenottoja yhteensä 90). Kuopion kriisikeskuksen johtajan mukaan Kriisikeskuksessa on käynyt aikaisempina vuosina vuosittain noin 40–50 ongelmapelaaja-asiakasta. Määrät ovat vaihdelleet muun muassa sen mukaan, onko ongelmapelaajille järjestetty omia viikoittaisia kokoontumisryhmiä, joista seuraavaksi tarkemmin.

Kuopion Kriisikeskuksessa on vuosina 2002–2005 järjestetty projekti, jossa tukihenkilöiden avulla kokoontui myös rahapeliriippuvaisten *avoin ryhmä*. Kriisityöntekijät kouluttivat tukihenkilöt ryhmän ohjaamiseen, ja aluksi kriisityöntekijä oli vapaaehtoisen koulutetun tukihenkilön mukana ohjaamassa ryhmää. Ryhmä kokoontui kerran viikossa puolentoista tunnin mittaiseen istuntoon. Ryhmä toteutettiin avoimena ohjattuna vertaistukiryhmänä. Ryhmässä oli osallistujia projektin aikana viikoittain 1–7 henkilöä. (Hirvonen 2006.)

Ryhmässä kokeiltiin erilaisia lähestymistapoja ja menetelmiä projektivuosien aikana. Pääasiallinen viitekehys ja menetelmät olivat kognitiivisen käyttäytymisterapiasuunkaavan mukaisia. Näitä menetelmiä ja asiantuntemusta rahapeliongelmaan kehitettiin projektin aikana yhdessä asiaan perehtyneiden ja perehdytettujen vapaaehtoisten tukihenkilöiden kanssa. Kuopion kriisikeskus tulikin projektin aikana ongelmapelaajien ensisijaiseksi – ja ainoaksi – hoitopaikaksi Kuopion seudulla. Riippuvuusongelmien luonteen ja dynamiikan vuoksi kriisityön perusmenetelmät ja työtavat eivät kuitenkaan riitä asiakkaiden hoitoon ja tukemiseen. Ne antavat vain ensiavun. Toiminnallisten – kuten muidenkin – riippuvuuksien hoidossa keskeisiä asioita ovat riittävän pitkät hoitosuhteet sekä hyvin toteutettu seuranta ja arviointi. (Hirvonen 2006.) Jos pelaamiseen altistavia riskitekijöitä on paljon ja riippuvuus on kehittynyt pitkällä aikajaksolla, sitä ei voida Kuopion kriisikeskuksen johtajan mukaan lyhyellä kuntoutuksella hoitaa.

Projektin loputtua ryhmä jouduttiin lopettamaan työntekijäresurssien puutteen vuoksi. Kuopion kriisikeskuksen johtaja toteaa, että ammattityöntekijäresurssiin tarvitaan tehokkaaseen riippuvuusongelmien hoitoon ja jatkuvaan toiminnan sekä tietotaidon kehittämiseen. Muun muassa tästä syystä ei toiminnallisia riippuvuuksia voida hoitaa pelkästään vapaaehtoisten koulutettujen tukihenkilöiden avulla. Muita rajoitteita asettavat myös vastuukysymykset, toiminnan eettinen perusteltavuus ja vaikuttavuuden arviointi. (Hirvonen 2006)

Projektivuosien kokemus ja tutkimustieto aiheesta osoittaa, että rahapeliongelmissa ja -riippuvuuksista kärsiville asiakkaille tulisi olla tarjolla strukturoituja, ammatillisesti ohjattuja ja toteutettuja vertaistukiryhmiä. Yksilökeskusteluja tulisi voida käyttää koko hoitoprosessin ajan, joka riippuvuusoireyhtymissä kestää usein seurantoineen vähintään 1–2 vuotta ja ulottuu myös koko asiakkaan lähipiiriin ja perheeseen.

Kuopion kriisikeskuksessa käytetään siis edelleen 1–5 tapaamiskertaan perustuvia kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ongelmapelaajien hoidossa.

Kriisikeskuksen johtajan mukaan kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä voi hoitaa tehokkaasti ongelmapelaajia ja tulokset ovat hyvin usein hyviä ja pysyviä, mutta hoidon tulee olla pidempi kuin 5 kertaa. Seuraavaksi esitellään Kuopion kriisikeskuksen käyttämä kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmä.

### *Kriisikeskuksen käyttämä kognitiivinen käyttäytymisterapia*

Kuopion kriisikeskuksen henkilökunta on vuonna 2007 koulutettu kognitiivisen käyttäytymisterapian perusteisiin ja menetelmiin 10 opintopisteen laajuudessa Joensuun yliopiston järjestämässä koulutuksessa. Kriisikeskuksen johtajan mukaan Kuopion kriisikeskuksessa on sovellettu peliriippuvaisten hoitoon kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja vuonna 2007 lisäksi kognitiivisessa käyttäytymisterapiakoulutuksessa opittuja menetelmiä.

Seuraava kognitiivisen käyttäytymisterapian esittely on lainattu Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistyksen kotisivuilta (ks. [www.kakkt.fi](http://www.kakkt.fi)). Kuopion kriisikeskuksen työntekijät ovat käyneet tämän koulutuksen ja heidän kognitiivinen käyttäytymisterapiansa perustuu juuri tähän.<sup>23</sup>

Kognitiiviselle käyttäytymisterapialle on tyypillistä järjestelmällinen, tavoite- ja asiakaskeskeinen toiminta. Se on myös aktiivista ja koulutukseen suuntautunutta. Perustava oletus siinä on, että inhimillinen käyttäytyminen laajimmassa merkityksessään perustuu perimän ja ympäristön vuorovaikutukseen ja siihen kuuluvat ajatukset, tunteet, toiminta ja fysiologiset reaktiot, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Tämä vuorovaikutus on käyttäytymisanalyysin kohde ja siihen vaikutetaan terapiassa. Ihmistä hoidetaan sen vuoksi kokonaisuutena. Samat peruseriaatteen selittävät sekä ihmisen yksilöllistä että muiden havaitsemaa käyttäytymistä. (Ks. [www.kakkt.fi](http://www.kakkt.fi).)

Käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian tarkoituksena on usein parantaa ihmisten itsehallintaa ja -hoitoa antamalla ja opettamalla uusia valmiuksia ja taitoja. Tämä voi sisältää esimerkiksi uusien toimintatapojen omaksumisen (toimimisen luottaen paremmin omaan itseen), uusien tunteensääteilytapojen oppimisen (elämisen ilman jatkuvaa ahdistusta ja pelkoa tai masennusta), uusien ajattelutapojen omaksumisen (myönteisen suhtautumisen omaan itseen ja muihin ihmisiin) tai terveystieteiden ja sairauksien hoitotapojen omaksumisen ja hallinnan (kipujen vähentämisen, liikalihavuuden tai kohonneen verenpaineen hoidon). (Ks. [www.kakkt.fi](http://www.kakkt.fi).)

Mitä ongelmia ja sairauksia voidaan hoitaa näillä menetelmillä? Kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuus on todettu sadoissa tieteellisissä tutkimuksissa<sup>24</sup> ja se on saavuttanut tunnustusta kaikkialla maailmassa erityisen tehokkaana ja tieteellisesti tutkittuna terapiamenetelmänä. Tällä hetkellä on olemassa käyttäyty-

<sup>23</sup> Kognitiivinen käyttäytymisterapia esitetään tässä myös siksi, että lähes kaikkien luvussa 5 esiteltyjen hoitotahojen työskentely perustuu kognitiiviseen ajattelumalliin, mutta muiden hoitotahojen osalta sitä ei ole avattu tarkemmin.

<sup>24</sup> Kriittikistä ks. Nikkinen 2008 ja Tammi 2008 (myös luku 3.5).

misterapeuttisia hoitomenetelmiä lähes kaikkiin psykiatriisiin, neurologisiin ja terveyspsykologisiin ongelmiin ja häiriöihin, ja monien ongelmien hoidossa nämä hoitomenetelmät on osoitettu parhaiksi psykologisiksi hoitomenetelmiksi. Käyttämisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitomenetelmät ovat osoittautuneet erityisen tehokkaiksi esimerkiksi ahdistuneisuus-, pelko- ja masennusongelmiin, syömis- ja unihäiriöihin, seksuaalisiin ja muihin parisuhdeongelmaiin, huonoon itseluottamukseen, väärinkäyttöongelmiin, skitsofreniaan ja erityyppisiin stressiongelmiin ja yleiseen terveyteen liittyviin ongelmiin sekä oppimisvaikeuksiin, lapsuuteen ja kehitysvammaisuuteen liittyviin häiriöihin. (Ks. [www.kakkt.fi](http://www.kakkt.fi).)

Kognitiivisella käyttäytymisterapialla on tavallisesti saatu parempia tuloksia kuin muilla psykoterapiamenetelmillä. Millään alueella ne eivät ole olleet huonompia kuin muut terapiamenetelmät. Yksi uusi hoitoalue on rajatilahäiriöt, joiden hoidossa kognitiivisella käyttäytymisterapialla on myös saatu hyviä tuloksia. Maailman laajimmassa ja perusteellisimmassa psykoterapiatutkimuksessa (Grawe ym. 1997) juuri kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät saivat parhaat tulokset. Tämä saavutus perustuu suuresti siihen kokeelliseen ja tieteelliseen traditioon, johon tämä terapiamenetelmä perustuu. Huonoksi osoittautuneet menetelmät on yksinkertaisesti hylätty. (Ks. [www.kakkt.fi](http://www.kakkt.fi).)

Kuopion kriisikeskuksen käyttämästä kognitiivisesta 1–5 kerran käyttäytymisterapiasta ei ole samanlaista strukturoitua jäsenystä kuin edellä oli esimerkiksi Turun Nuorisoaseman hoito-ohjelmasta (luku A-klinikkasäätiön Turun nuorisoasema). Liitteessä 5 esitetään kuitenkin Kuopion kriisikeskuksen johtajan tiivistelmä (käännös Peter Sturmeyn käyttäytymisanalyysistä) kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvasta käyttäytymisanalyysistä. Haastattelussa johtaja korosti kriisiasiakkaiden kanssa työskentelyssä käytettyä prosessimallia, jossa painottuvat 1) ongelman kartoitus, purku, tavoitteen asettaminen, menetelmien valinta, 2) menetelmää käyttäen tavoitteen mukainen työskentely sekä 3) tavoitteen mukainen työskentely erityisasiantuntijuutta käyttäen ja arviointi.

Kuopion kriisikeskuksen johtaja on myös tehnyt raportin (Hirvonen 2007) 43-vuotiaan henkilön peliongelman hoidosta. Asiasta kiinnostuneiden on hyvä lukea raportti, sillä siinä kuvataan erinomaisesti sitä, kuinka monia eri terapiamenetelmiä kognitiivisen käyttäytymisterapian sisällä voi soveltaa, kokeilla ja käyttää ongelmapelaajien hoidossa. Raporttia ei voi sisällyttää tähän arviointiin liitteeksi, sillä Käyttäytymisterapiayhdistys julkaisee sen artikkelina<sup>25</sup>. Raportti auttaa myös ymmärtämään, kuinka edellä kuvattua – ja varsin väljääraamista – kognitiivista käyttäytymisterapiaa voidaan konkreettisesti käyttää, kuinka pelaamiseen liittyviä riskitekijöitä otetaan esille, kuinka tunteet ”tulevat ulos” ja niin edelleen. Kyseessä on Kuopion kriisikeskuksen johtajan kognitiivisen käyttäytymisterapian ylemmän erityistason psykoterapiakoulutuksen raportti.

25 Artikkelin julkaistaan Käyttäytymisanalyysi ja -terapia -lehden numerossa 1(–2) vuonna 2009.



## Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön palvelut

Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö on perustettu vuonna 2001 ja sen tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihde- ja muita riippuvuusongelmia sekä niihin liittyvää syrjäytymistä Keski-Suomen maakunnan alueella. Päihdepalvelusäätiön hoitopalvelut on tarkoitettu alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden käyttäjille, peliriippuvaisille sekä heidän läheisilleen. Päihdepalvelusäätiön volyymistä kertoo se, että esimerkiksi vuonna 2006 Päihdepalvelusäätiössä asioi yhteensä 877 eri henkilöä. Päihdepalvelusäätiön perustamisen jälkeen Jyväskylässä ei ole esimerkiksi A-klinikoita<sup>26</sup>, vaan ongelmapelaajat ohjataan eri palvelupisteistä Päihdepalvelusäätiön Päihdekuntoutusyksikköön. Siellä on yksi työntekijä, joka vastaa ongelmapelaajista.

Ongelmapelaaja-asiakkaiden määrät ovat kasvaneet 2000-luvulla, erityisesti viimeksi kuluneiden 2–3 vuoden aikana. 1990-luvun puolivälistä (jolloin toimittiin Jyväskylän kaupungin yksikkönä) vuoden 2005 loppuun saakka eri ongelmapelaaja-asiakkaita oli asiointunut yhteensä noin 50, mutta pelkästään vuonna 2007 oli yhteensä 50 eri ongelmapelaajaa ollut hoidossa Päihdepalvelusäätiössä. Maaliskuussa 2008 oli kirjoilla 35 eri ongelmapelaajaa. Laitoskuntoutusta tarvitsevat on ohjattu Tyynelän laitoskuntoutukseen, jonne ongelmapelaajia on valikoitunut viime vuosina noin viisi henkilöä vuosittain.

Seuraavaksi esitellään Päihdepalvelusäätiön tarjoama hoito ongelmapelaajille. Tässä luvussa esitetyt tiedot pohjautuvat Päihdepalvelusäätiön työntekijöiden haastatteluihin (ks. liite 1). Vertaisryhmätoimintaa koskevat tiedot perustuvat Päihdepalvelusäätiön sosiaalityöntekijä Anne-Maria Perttulan haastatteluun.

### *Päihdepalvelusäätiön hoito ongelmapelaajille*

Kun ongelmapelaaja ohjautuu avohoitoyksikkönä toimivaan Päihdekuntoutusyksikköön, siellä henkilölle tehdään hoidon tarpeen arviointi. 2–5 poliklinikakäynnin aikana arvioidaan muun muassa peliriippuvuuden vaikeusaste sekä muu elämäntilanne. Hoidon tarpeen arviointivaiheessa kartoitetaan asiakkaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti ja selvitetään hoitovaihtoehdot. Tässä yhteydessä työntekijä arvioi, 1) onko pelaaja yksilökäyntien tarpeessa, 2) ohjataanko hänet Päihdepalvelusäätiön peliriippuvaisten vertaisryhmään vai 3) onko pelaaja muiden tarjolla olevien hoitovaihtoehtojen, kuten laitoskuntoutuksen tarpeessa. Prosessin tarkoituksena on motivoida asiakas sitoutumaan hoitoon ja valita hänelle tarpeen mukainen hoitovaihtoehto.

Peliriippuvaisten *vertaisryhmätoiminnan* tavoitteena on antaa ryhmätukea riippuvuusongelmasta selviämiseen. Ryhmässä voi saada ohjaajien välityksellä tietoa peliriippuvuudesta ja välineitä siitä vapautumiseen sekä luoda edellytyksiä

<sup>26</sup> Päihdepalvelusäätiö on siis rakenne, joka korvasi kaupungin organisaatiossa olleet palvelut. Päihdepalvelusäätiö myös lisäsi palveluja.



parempaan elämänhallintaan. Ryhmän tarkoituksena on ohjaajien ja vertaistuen avulla tarkastella, miten peliriippuvuus on syntynyt, miten se on vaikuttanut elämän eri osa-alueisiin sekä yhdessä pohtia henkilökohtaisia ratkaisukeinoja riippuvuuden hallintaan. Ryhmissä käynti on asiakkaille maksutonta.

Ryhmät toimivat siis osin vertaisryhminä, mutta ammattilaisten ohjaamina. Ryhmä kokoontuu kerran viikossa (ke 18–19.30) yhteensä 8 kertaa. Kussakin ryhmäkokoontumisessa on tietty teema, jota käsitellään. Ryhmä toimii non-stop-periaatteella niin, että uusia palveluihin tulleita ongelmapelaajia voi tulla kesken kaiken ryhmään mukaan. Ryhmässä toimiminen edellyttää kuitenkin sitoutumista ryhmän laatimiin sääntöihin. Ryhmiä on vetänyt viimeiset kolme vuotta sosiaalityöntekijä Anne-Maria Perttula. Myös Jyväskylän kaupunkiseurakunnan diakoni Juha Lappi on toiminut koko ajan ryhmässä mukana kakkosvetäjänä. Osassa kokoontumisia vertaisryhmä toimii itseohjautuvana, ilman sosiaalityöntekijää tai diakonia.

Haastatellun sosiaalityöntekijän mukaan ryhmien vetämistä on kokeiltu monella eri sapluunalla. Esimerkiksi joka toinen viikko kokoontuva ryhmä on osoittautunut liian väljäksi, koska ihmiset jäävät tulematta. Ongelmapelaajat ovat itse halunneet tiiviimpää, kerran viikossa tapahtuvaa kokoontumista, joissa ihmiset jaksavat olla mukana eivätkä keskeytä osallistumistaan.

Ryhmä on keskusteluryhmä, jossa tarpeen mukaan käytetään erilaisia tehtäviä ja toiminnallisia menetelmiä työskentelyn apuna. Ryhmissä ei ole etukäteen ”lukukoon lyötyjä” teemoja, vaan käsiteltävät teemat vaihtelevat ihmisten, pelien (esimerkiksi pokeripelaajat, kolikkopelaajat, raviveikkaajat) ja peliongelmien laadun mukaan. Mahdollisia teemoja on noin 20, mutta mikään ryhmä ei ole koskaan samanlainen. Jos ryhmissä on mukana esimerkiksi perheellisiä, käsitellään yhdellä tapaamiskerralla pelaamisen vaikutusta läheisiin. Jos ryhmässä on velkaantumista, teemana on talouden hallinta. Yksi vakituinen teema on kuitenkin se miksi kukin pela.

Muita ryhmäkokoontumisissa tyypillisiä teemoja ovat olleet muun muassa pelaamisen historia, pelaamisen edut ja haitat, peliriippuvaisuuden tunnistaminen itsessä, päätöksenteko pelaamisen suhteen, taloudellisen ahdingon hallitseminen, arjen rakentaminen, pelaamisen vaikutus läheisiin ja oma selviytymissuunnitelma. Lisäksi on käsitelty seuraavanlaisia teemoja: Kuka voi auttaa peliriippuvaista? Mitä historiani minulle kertoo ja mitä voin siitä oppia tulevaan? Mitä pelaamisen osalta tavoittelen ja mitkä ovat pienimmät merkit, joista tiedän päässeeni kohti tavoitetta? Kussakin ryhmässä on usein käsitelty myös sitä, mitä laituskuntoutus voi tarjota. Usein teemana on ollut myös surutyön tekeminen, esimerkiksi jokainen ryhmäläinen on kirjoittanut jäähyväiskirjeen pelaamiselle ja pohtinut sitä, mitä pelaamisen tilalle voi saada. Jokaiseen ryhmäkokoontumiseen kuuluu kahvittele, kuulumisten kertominen ja erityisesti se, onko pelaamisen osalta ollut ongelmia.

Ryhmäkokoontumisiin kuuluu myös kotitehtäviä, jotka käydään läpi seuraavan kokoontumiskerran alussa. Kotitehtävien aiheina on ollut esimerkiksi: Miten tunnistan pelaamiseen johtavia oloja ja syitä? Mitä voisin saada pelaamisen tilal-

le? Miten pelaaminen on vaikuttanut läheisiini? Ryhmäkokoontumisen alussa voi olla myös tiedon jakamista ja asiantuntijavierailuja (esimerkiksi velkaneuvoja) toiveiden mukaan. Myös RAY:n Casinolta on ollut työntekijä kertomassa siitä kuinka voi hakea porttikiellon. Ryhmissä on käytetty myös rentoutunutta yhdessäoloa, kuten saunailtoja ja ruokailua. Samalla on pohdittu sitä miten kukin voi palkita itseään kun on pelaamatta. Suunnitelmissa on ollut järjestää myös omaisten ja pelaajien viikonloppuseminaari leirikeskuksessa.

Ryhmällä on omat säännöt, jotka tarkistetaan uuden ryhmäkokoontumisen alkaessa (eli sen jakson alussa kun ryhmä kokoontuu). Tärkein periaate on, että ryhmäläiset ilmoittavat, elleivät tule ryhmään. Ryhmän vetäjillä on käytössään myös monenlaista kirjallista materiaalia, jota voi hyödyntää ryhmätyöskentelyssä ja kotitehtävissä. Tällaista materiaalia on muun muassa 1) 4 viikon jaksolta päivittäin täytettävä pelaamisen tarve- ja mielihalupäiväkirja, 2) A4-lomake johon asiakas täyttää pelaamisen vähentämisen ja lopettamisen etuja ja haittoja sekä 3) A4-lomake johon asiakas kirjaa selviytymissuunnitelmansa pelaamisen lopettamiseksi tai vähentämiseksi. Lomakkeessa asiakas erittelee muun muassa pelaamissääntönsä, vaaratilanteet ja selviytymiskeinot niistä. Käytössä on myös 4) pelitilanteiden kartoituslomake, johon asiakas kirjaa pelattuja pelejä, pelitilannetta (missä, milloin, kuinka paljon pelasi) ja pelaamisen seurauksia. Lisäksi voidaan käyttää muun muassa 5) lomaketta, johon henkilö kirjaa sosiaalisen verkostonsa.

Työntekijöiden käyttämän hoidon perustana on kognitiivis-behavioristinen malli. Käytettyjä menetelmiä ovat ratkaisukeskeiset menetelmät, kriisi- ja traumatyöskentely sekä ryhmädynamiikan hyödyntäminen. Lisäksi ryhmäläisten oma asiantuntijuus pyritään saamaan liikkeelle. Tämä onnistuu, kun ryhmäläiset laiteetaan ääneen pohtimaan jonkun henkilön pelaamiseen liittyviä ratkaisuja. Vaikka ryhmiin on osallistunut sekaisin monenlaisia ihmisiä (esimerkiksi eläkeläisnaisia ja nuoria nettipelaajamiehiä), alkukavahduksen jälkeen ongelmapelaajat ovat huomanneet vapauttavaksi sen, että ongelmat ovat pitkälti samankaltaisia. Esimerkiksi vanhempien kokemustieto on auttanut nuoria pelaajia huomaamaan, miten asiat voivat edetä.

*Yksilövastaanottoja* tekee Anne-Maria Perttulan lisäksi toinen Päihdepalvelusäätiön pitkäaikainen työntekijä Martti Kortelainen. Yksilökäynteihin kuuluu 5–7 käynnin sarja joko viikoittain tai kerran kuukaudessa. Joissakin tapauksissa tapaamisten välissä voi olla myöhemmin kolmenkin kuukauden tauko. Alussa kyse on kriisityöstä, joka etenee ratkaisukeskeiseksi työksi. Siis aluksi on sammutettava kunkin henkilön hätä ja kriisiytynyt tilanne. Tämä edellyttää ensin kunkin ongelmapelaajan oman elämäntilanteen selvittämistä ja vasta sitten asiakkaan auttamista löytämään ja tekemään ratkaisuja. Yksilötyössä on käytetty apuna myös akupunktiota, mikä on osoittautunut toimivaksi. Kullekin asiakkaalle tehdään selviytymissuunnitelma, jolla **hän** voi ”torpetoida” pelihimoa. Tapaamisissa sitten käydään läpi, onko suunnitelma toiminut vai pettänyt. Ideana on, ettei yksilötapaamisista muodostu ”iäisyyskäyntejä”, vaan ne loppuvat suunnitellusti. Vertaistukiryhmät

pyritään saamaan jatkohoidollisiksi toimintatavoiksi yksilökäyntien jälkeen, toteaa Anne-Maria Perttula.

Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö on yhdessä Kirkkopalvelut ry:n Tyyne­län Kehittämiskeskuksen ja Kuopion Seudun Mielenterveysseura Hyvä Mieli ry:n kanssa aloittamassa peliriippuvaisten avohoidon, vertaistuen ja kuntoutuksen kehittämishanketta. Projektin toteutetaan vuosina 2008–2011 ja sen rahoittaa Raha-automaattiyhdistys (lisätietoja projektista [www.pelissa.fi](http://www.pelissa.fi)).

## Rapeli-yhteisö

A-klinikkasäätiöön kuuluvassa Hietalinna-yhteisössä alettiin vuoden 2005 elokuussa toteuttaa kaksivuotista projektia, jonka tarkoituksena oli kokeilla yhteisöhoidon vaikutusta ongelmapelaajiin (ks. tarkemmin Ahonen 2008). Hanke nimettiin Rapeli-yhteisöksi. Henkilökuntaan kuului neljä projektityöntekijää ja projektisihteeri. Projektin tavoitteina oli suunnitella, kehittää ja kokeilla ongelmapelaajille modifioitua avoyhteisön mallia, jossa ongelmaa tarkasteltiin Hietalinna-yhteisössä käytettävän nelijakoajattelun pohjalta. Siinä riippuvuutta lähestytään henkiseltä, psykologiselta, sosiaaliselta ja fyysiseltä kannalta. Hoidon ytimeksi oli määritelty ongelmapelaaja-asiakkaiden ja heidän omaistensa itsearviointi sekä palaute koulutuksen ja vertaisryhmän avulla. (Ks. Ahonen 2008.) Projektin päättyi vuoden 2007 lopussa. Hankkeesta on tehty sisäinen ja ulkoinen arviointi, jotka on julkaistu samassa raportissa (ks. tarkemmin Ahonen & Halinen 2008). Siinä tarkasteltiin Rapeli-yhteisön asiakasprofiilia, hoidon vaikutuksia sekä vaikutuksia yhteiskunnallisiin kustannuksiin, mikäli Rapeli-mallin kaltaista hoitomahdollisuutta tarjottaisiin vakiintuneena mallina.

Tässä luvussa esitetyt tiedot pohjautuvat Ahosen (2008) raporttiin, jossa on esitetty Rapelin hoitomallin kuvaus ja tiivistetty asiakaspalaute. Tässä arvioinnissa keskitytään asiakaspalautteen esittelyyn, vaan toimeksiannon mukaisesti hoitomallin ja sen taustojen kuvaukseen. Rapelin-projektin toteuttanut Hietalinna-yhteisö, joka on perustettu 1987, tarjoaa hoito- ja asiantuntijapalveluja päihteiden väärinkäyttöön ja riippuvuusongelmiin. Yhteisössä annetaan ympärivuorokautista lääk­keetöntä vieroitus- ja kuntoutushoitoa. Hietalinna-yhteisön hoitoon ovat paljon vaikuttaneet alunperin yksilöterapiaan omaksutut lähestymistavat, erityisesti lyhytterapeuttisen ajattelun ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys. Sen ohella hoidon kulmakiviä ovat ongelman kokonaisvaltainen käsittely henkiseltä, psykologiselta, fyysiseltä ja sosiaaliselta kannalta, ryhmätyöskentely, perhe- ja verkostotapaamiset sekä toistuva yhteisöllisyyskoulutus.

Rapeli-yhteisössä käytettyjen hoitomenetelmien periaatteet oli omaksuttu Hietalinna-yhteisöstä. Rapeli-yhteisön tehtävänä oli siis kehittää ja kokeilla avohoitoyhteisömallin käyttöä ongelmapelaajien hoitomenetelmänä sekä seurata hoidon vaikutuksia. Keskeisenä työkaluna näiden tehtävien toteuttamisessa oli *arviointi*,

joka kohdistui 1) yhteisön toiminnallisiin rakenteisiin, 2) hoidon kokemukselliseen sisältöön sekä 3) asiakkaiden ja heidän peliongelmansa laatua kartoittavien tietojen keräämiseen.

Asiakkaat käyttivät arvioinnin tukena henkilökohtaista itsearviointivihkoa ja vastasivat lisäksi sekä päivittäisiä että viikoittaisia kokonaisuuksia kartoittaviin kysymyksiin. Ajatuksena oli tuoda itsearvioinnin tulokset mahdollisimman laajasti myös vertaisryhmän käsiteltäväksi. Yhteisöhoidon taustaolettamusten mukaan yksilö voi muuttua syvemmin vasta kun asiat jaetaan. Ryhmän katsotaan sekä tuottavan muutoksia että osallistuvan muutokseen. Yhteisöhoidon viitekehyksessä itsearvioinnin ja vertaistuen lisäksi myös itse yhteisöllisyyttä pidetään hoidollisena menetelmänä. Yhteisöllisyys nähdään sosiaalisena oppimisen mallina, jossa korostuu vastuullinen käyttäytyminen. Yhteisöhoitossa varsinainen hoito on asiakkaan tehtävä, henkilökunta huolehtii yhteisesti sovituista toimintalinjoista ja arvolähtökohdista.

Edellä kuvattu tarkoitti Rapeli-yhteisössä sitä, että koulutuksellisissa vertaisryhmissä ja erilaisissa haastatteluissa vastuu tilanteiden sisällöllisestä toteuttamisesta annettiin mahdollisimman paljon asiakkaiden hoidettavaksi. Henkilökunnan tehtävänä oli esitellä kulloisetkin teema-alueet ja niihin liittyvät tehtävät sekä ohjata sen jälkeen keskustelu- ja tunneprosesseja. Lisäksi henkilökunta huolehti päivittäisten kokonaisuuksien sujuvuudesta sovittujen toimintaperiaatteiden ja aika-aulujen mukaisesti.

Rapeli-yhteisön läpikäyneistä asiakkaista kerättiin tietoa neljässä eri vaiheessa. 1) Asiakkaat täyttivät alkuhaastattelun yhteydessä niin sanottuasiakaskortin, 2) heistä täytettiin tulohaastattelulomake sekä 3) lähtöhaastattelulomake. Puoli vuotta hoitojakson päättymisen jälkeen asiakkaille lähetettiin jälkiseurantakyselylomake. (Ks. tarkemmin Ahonen 2008.) Varsinaisen hoitojakson aloitti 85 ongelmapelaajaa. Heistä 52 (61 %) oli miehiä ja 33 (39 %) naisia. Iältään he vaihtelivat 19–75 vuoteen. Asiakkaiden keski-ikä oli 45 vuotta, miehet olivat keski-ikästään selvästi nuorempia (40) kuin naiset (51). Kolme suurinta ryhmää olivat eläkeläiset (34 %), työssäkäyvät (32 %) ja työttömät (21 %). Suurin osa asiakkaista (67 %) oli helsinkiläisiä. (Ks. tarkemmin Ahonen 2008.)

Runsas kolmannes (69 %) Rapeli-yhteisöön osallistuneista oli aiemminkin hakenut ulkopuolista apua peliongelmaansa. Asiakkaista 35 mainitsi yhden auttajatahon ja 18 kaksi. Suurin ilmoitettu eri hoitotahojen määrä oli viisi. Merkintä hoitokontaktista A-klinikoille, GA-ryhmiin tai Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutukseen oli 48:lla (83 %:lla) jonkun hoitokontaktin ilmoittaneista. Asiakkaista 24 % ilmoitti, että heillä oli tai oli ollut jonkinasteinen päihdeongelma. Tosin päihdeongelmaisista kahdeksan oli ollut raittiina jo usean vuoden ajan, neljä heistä jo yli 20 vuotta. Asiakkaista 23 (27 %) kertoi, että heillä oli joko diagnosoitu masennus tai he olivat jossain vaiheessa tunteneet itsensä selvästi masentuneiksi. Ahonen (2008, 16) tuleekin siihen tulokseen, että ”melkoisen suuri osa Rapeli-yhteisön asiakaskunnasta on eräänlaisia ”puhtaita” pelaajia, joiden ongelmallinen pelaami-

nen ei liity sen kummemmin päihde- kuin muuhunkaan riippuvuuskäyttäytymiseen”.

Tyypillisin Rapeli-yhteisöön osallistuneiden pelitapa oli rahapeliautomaatit muualla kuin kasinolla, tämän pelimuodon oli rastittanut 78 asiakasta (92 %). Kaksi seuraavaksi yleisintä pelimuotoa olivat Ässä-/Casino- ja muut raaputusarvat sekä Lotto/Vikinglotto/Jokeri, kummankin pelin oli rastittanut 59 asiakasta (69 %). Kuusi asiakasta ilmoitti pelaavansa ensisijaisesti internetissä. Vain seitsemän asiakasta ilmoitti pelanneensa nettipokeria. Ahonen (2008) jakaa pelaaja kahteen perusrühmään. Yli 50-vuotiaiden naisten ongelmallinen pelaaminen liittyi lähes poikkeuksetta rahapeliautomaatteihin ja alle 30-vuotiaiden miesten ongelmalliseen pelaamiseen liittyi rahapeliautomaattien lisäksi jonkin verran myös muita rahapelejä. Seuraavaksi siirrytään tarkastelemaan Rapeli-yhteisön hoitomallia.

### *Rapeli-yhteisön koulutuksellinen hoito-ohjelma*

Merkittävimmän osuuden Rapeli-mallissa muodostivat päivittäiset koulutuskokoukset. Rapeli-yhteisön toimintaa suunniteltaessa oli syntynyt ajatus, että vertaistukea ja koulutuksellista työotetta korostava yhteisö voisi hoito-ohjelmassaan käyttää hyväksi päihdehuollon työntekijöiden koulutuksessa käytettyjä kokonaisuuksia. Rapeli-yhteisön henkilökunta kävi kaksi kuukautta kestäneen alkukoulutusjakson, jossa käytiin läpi A-klinikkasäätiön ja Hietalinna-yhteisön koulutuksissa käytettyä koulutuspakettia. Niiden kolme pääteemaa olivat 1) hoitotyön perus- ja erityistaidot, 2) riippuvuus ja yhteisöhoito sekä 3) vuorovaikutustaidot ja ryhmätyön periaatteet. Lisäksi koulutukseen sisältyi rahapeleihin liittyvä perehdyttämisjakso.

Keskeisimmät elementit Rapeli-yhteisön päivittäisessä toiminnassa olivat 1) aamupäivien koulutukselliset ryhmät ja 2) iltapäivien yhteisöllinen toiminta, jossa painotettiin enemmän yhdessä tekemisen ja olemisen merkitystä. Iltapäivisin oli erityisen paljon taideterapiaharjoituksia ja korva-akupunktioryhmiä. Aktiivisuutta oli suunnattu myös yhteisön ulkopuolelle, iltapäivisin oli tehty esimerkiksi kävelyretkiä ja museovierailuja.

Rapeli-yhteisön koulutuspaketteihin sisältyvät harjoitukset oli toteutettu neilivaiheisena kokonaisuutena. 1) Ensimmäinen työskentelyvaihe muodostuu 5–30 minuuttia kestävästä *alustuksesta*, joka sisältää esimerkiksi jonkin yhdessä luettavan ja harjoitukseen valmistavan tekstin, työntekijän aiheeseen liittyvän teorialueen tai pelkästään harjoituksen avaavan ohjeistuksen. 2) Toinen vaihe on noin tunnin kestävä *ryhmätyöskentely*. Siinä käsitellään alustuksessa annettua tehtävää joko ryhmätyöskentelyn tai -haastattelun keinoin. Työskentelyn tulosten kirjaamiseen käytetään yleisesti fläppitaulua. 3) Kolmannessa vaiheessa ryhmätyön tuotokset *puretaan* koko asiakasryhmän läsnä ollessa. Tämä vaihe kestää 15–45 minuuttia, ja jokainen asiakas erikseen esittelee ryhmätyöskentelyn tuotoksia omasta näkökulmastaan tai sitten ryhmä yhdessä purkaa tehtävän niitä vapaasti kommentoiden. 4)

Neljäs vaihe on 15–30 minuutin mittainen *palaute* sekä harjoituksesta ja työskentelystä että muiden esittämistä ryhmätuotoksista. Palautteessa pyritään nostamaan esille toisten esittämien tuotoksien herättämiä ajatuksia tai asioita, joita tuotoksiin tulisi kenties vielä lisätä.

Rapeli-yhteisössä käytettyjä koulutuspaketteja oli neljä. Ensimmäinen koulutuspaketti oli nimeltään *Perustaidot*. Sen avulla tutkittiin omia arvoja, asenteita ja tunteita sekä niiden yhteyttä elämäntilanteeseen. Pakettiin sisältyivät kokonaisuu-  
det Empatia, Arvot, Tiedot ja taidot, Asenteet ja Tilanneselvittely. Vertaistukitaitojen kasvattamiseksi käsiteltiin esimerkiksi empatiaa ja näin pyrittiin parantamaan kykyä kuunnella toisten ihmisten lähettämiä viestejä, havainnoida ja ymmärtää sa-  
noin tai nonverbaalisesti ilmaistuihin viesteihin sisältyviä tunteita ja niiden lähteitä sekä vastata ilmaistuihin tunteisiin. Tai tilanneselvittelyn kokonaisuudessa pyrittiin kartoittamaan omaa elämäntilannetta ja siihen liittyviä ongelmia.

Toinen koulutuspaketti, *Uudet näkökulmat*, aktivoi tarkastelemaan omaa tilannetta eri näkökulmista ja löytämään siihen uusia ratkaisuja ja voimavaroja. Pakettiin sisältyivät kokonaisuu-  
det Uskomukset, Lintuperspektiivi, Ihmetehtävät sekä Vertauskuvat ja Tarinat. Näissä tarkasteltiin uskomusten merkitystä toiminnan ja reaktioiden ohjaajana. Omaa elämäntilannetta ja sen ongelmia katsottiin ulkopuolelta, lintuperspektiivistä. Ihmetehtävien, vertauskuvien ja tarinoiden avulla käsiteltiin mahdollisuuksia luoda ja omaksua uusia, myönteisempiä selityksiä ja uskomuksia.

Kolmannen koulutuspaketin, *Riippuvuus ja ihmisen kokonaisuus*, avulla tarkasteltiin riippuvuuden vaikutuksia ihmiseen. Rahapeliriippuvuutta ja siitä irrottautumista lähestyttiin henkiseltä, psykologiselta, sosiaaliselta ja fyysiseltä kannalta. Pakettiin kuuluivat osiot Riippuvuuden hoito ja Nelijako. Riippuvuuden hoito-  
kokonaisuuden yhteydessä käsiteltiin ihmisen riippuvuuksia, riippuvuuskäyttäytymisen ja hoidon tavoitteiden suhdetta sekä mahdollisuuksia muuttaa kielteinen riippuvuus. Rahapeleistä irrottautumisen prosessiin liittyvät eri vaiheet olivat tärkeitä. Nelijaon avulla pyrittiin riippuvuuden ja siitä luopumisen kokonaisvaltaisempaan ymmärtämiseen. Erityishuomiota kiinnitettiin omien tunneprosessien tunnistamiseen, somaattisen tietoisuuden lisäämiseen ja sosiaalisten taitojen kehittämiseen.

Neljäs koulutuspaketti, *Yhteistyö*, koostui vertaistuen käytön ja vuorovaikutustaitojen harjoittelusta. Siihen kuuluivat osiot Yhteisöllisyys, Ryhmätyö, Kommunikaatio ja Vuorovaikutustaidot. Paketin yhteydessä käsiteltiin yhteishoidon teoriaa, yhteisöllisyyden hoidollisia elementtejä, ryhmätoiminnan erityispiirteitä sekä vuorovaikutuksen eri ulottuvuuksia.

Perjantaisin Rapeli-yhteisön asiakkaat arvioivat kyseisen viikon koulutuspakettia. Palautteessa korostuivat vertaistuki ja vuorovaikutus. Toinen keskeinen palaute koski erilaisten voimavarojen, mahdollisuuksien ja ratkaisumallien löytämistä, johon liittyi usein kokemus syventyneestä itsetuntemuksesta. Kolmas tärkeä palaute oli muuttunut tai syventynyt näkemys omasta pelikäyttäytymisestä.

Rapeli-yhteisön ongelmapelaajat eivät kaikki olleet hoidossa yhtä pitkää aikaa. Sekä hoitopäivien määrä että hoitopaksojen kesto vaihtelivat. Hoidossa olleille 85 asiakkaalle kertyi kaikkiaan 99 hoitokertaa, toisin sanoen jotkut olivat hoidossa useammin kuin kerran. Esimerkiksi kaksi ahkerinta asiakasta keräsi itselleen kahdeksan hoitokertaa. Hoitopäivien lukumäärä jakautui niin, että asiakkaista 34 (40 %) oli hoidossa 5–9 päivää eli yhden koulutuspaketin verran, 23 (27 %) asiakasta 10–14 päivää. Yli 30 hoitopäivää käytti 7 (8 %) asiakkaista ja 1–4 päivää 12 (14 %) asiakkaista. 15–24 päivää oli hoidossa 9 (11 %) asiakasta. Vähintään 15 hoitopäivää eli kolme koulutuspakettia täytti 16 (19 %) asiakkaan osalta. Hoitopäiviin ei ole laskettu viikonloppuja eikä pyhäpäiviä. (Tarkemmin ks. Ahonen 2008.)

Melko pian projektin jälkeen työntekijät huomasivat, että Rapeli-yhteisön asiakasmäärä tulisi jäämään odotettua alhaisemmaksi, ja siksi joiltakin asiakkailta ei vaadittu ehdotonta osallistumista kaikkina viitenä koulutusjakson päivinä, vaan hoitoja ”räätälöitiin” asiakkaiden tarpeiden mukaan. Alun asiakasvirta tyrehtyi jo syksyllä 2005, ja välillä Rapeli-yhteisössä oli vain 2–4 asiakasta (toisinaan 5–6 asiakasta).

Lähtöhaastattelussa 52 % asiakkaista arveli fyysisen tilanteensa paremmaksi kuin tulohaastattelussa, esimerkiksi nukkumisen laatu oli parantunut, unettomuus vähentynyt ja niin edelleen. Lähtöhaastattelussa 60 % arvioi psykologisen tilanteensa paremmaksi kuin Rapeliin tulohaastattelussa. Monet kertoivat saaneensa paremman otteen elämästään, alkaneensa ymmärtää ”järkevää” toimintaa estäneet tunteensa ja saaneensa ne jossain määrin hallintaan. Moni myös kertoi kokemuksestaan ongelmiin tarttumisesta ja niiden ratkaisuista. Myös henkisen tilanteensa arvioi paremmaksi 60 % asiakkaista, vaikkakin henkisen ja psykologisen käsittelemääritteiden suhteellisuudesta ja tulkinnoista oli keskusteltu. Henkisen tilanteen parantumista kuvattiin uskon ja toivon heräämisellä elämäntilanteen ja ongelmallisen pelaamisen suhteen. Lähtöhaastattelussa 34 (54 %) antoi myös sosiaalisesta tilanteestaan paremman arvioin kuin tulohaastattelussa. Sosiaalisen tilanteen kohenemista kuvattiin ihmissuhteiden parantumisella ja myönteisemmällä asenteella velkaongelmaan.

Puoli vuotta hoitopaksojen päättymisen jälkeen asiakkaille lähetettiin jälkiseurantalomake. Kaikkiaan 47 (55 %) asiakasta palautti lomakkeen. Asiakkaista vain 7 (15 %) ilmoitti olleensa kokonaan pelaamatta rahapelejä seurantakyselyä edeltäneiden kolmen kuukauden aikana. Pelaajista 3 (6 %) kertoi, että pelaaminen on lisääntynyt, samoin 3 (6 %) kertoi, ettei pelaaminen ollut muuttunut. Sen sijaan 33 (72 %) asiakasta ilmoitti onnistuneensa vähentämään pelaamista. Tässä mielessä Rapeli-yhteisön mallia voidaan pitää toimivana. Näistä pelaamista vähentäneistä 21 (64 %) arvioi sen vähintään puolittuneen. Pelaamisen vähentyminen näkyi jälkiseurantakyselyssä myös velkaantumisen vähentymisenä tai tasaantumisenä. Asiakkaista 28 (61 %) arvioi myös ihmissuhteidensa parantuneen joko hieman tai huomattavasti jälkiseurantaa edeltäneiden kolmen kuukauden aikana. Huomionarvoista on myös se, että ”hoitovuorokausien määrä ei näyttänyt olevan ratkaiseva



sen kummemmin pelaamisen tai ihmissuhteiden kehittymisen kannalta” (Ahonen 2008, 33). Esimerkiksi yksi puolen vuoden ajan kokonaan pelaamatta ollut asiakas oli ollut hoidossa vain yhden päivän. Palautteessaan hän kuitenkin arvioi Rapeli-yhteisössä viettämällään päivällä olleen oleellista merkitystä pelaamattomuuden ylläpitämisessä. (Ks. tarkemmin Ahonen 2008; Ahonen & Halinen 2008.)

Vuonna 2008 Hietalinna-yhteisössä on alkanut PoKu-toiminta (= Koulutus- ja vertaisryhmäpainotteista tukea peliongelmassa). PoKu-toiminta on suunnattu peliongelmallisille, heidän läheisilleen sekä sosiaali- ja terveysalan ja peliyhtiöiden työntekijöille. Toiminnan ytimessä ovat kuukausittain yhden päivän mittaisina pidettävät koulutustilaisuudet ongelmapelaajille ja sidosryhmille. PoKu-malli on perustaltaan sama kuin Rapeli-yhteisöprojektissa kehitetty hoitomalli, mutta tiivistetympi, rakenteeltaan kevyempi ja helpommin käyttöön otettava. Asiakkaat, läheiset ja ammattilaiset osallistuvat tasavertaisina koulutuksiin (luentoja, harjoituksia), joissa työskennellään ongelmapelaamisen, riippuvuuden ja auttamisen eri aspektien parissa. Koulutuksien teemallinen runko on neljässä ”koulutuspaketissa”, jotka on kehitetty muun muassa Rapeli-yhteisöstä saatujen kokemusten ja arvioinnin pohjalta. Tähän mennessä (helmikuun ja marraskuun 2008 välisenä aikana) järjestettyihin seitsemään koulutustilaisuuteen on osallistunut keskimäärin 15 osallistujaa/koulutuspäivä (Lähde: Hietalinna-yhteisön suunnittelija Yrmy Ikosen suullinen tiedonanto sekä häneltä saatu esitemateriaali 28.11.2008; ks. myös [www.hietalinna.fi](http://www.hietalinna.fi)). Koulutustoiminta jatkuu edelleen ostopalveluna A-klinikkasäätien yksiköiden kautta.

## Laitoshoito

### Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus (Kirkkopalvelut ry)

Maaseutumaisessa ympäristössä Pieksämäen Naarajärvellä sijaitseva Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus on perustettu vuonna 1951. Alun perin kyseessä oli kuntoutuskeskus, kunnes vuonna 1982 rinnalle tuli myös koulutuskeskus. Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskuksessa (ks. [www.tyynela.fi](http://www.tyynela.fi)) on toiminut hoito-ohjelma ongelmapelaajille vuodesta 1993 lähtien (ks. Nykytila s. 87). Laitoshoidot ongelmapelaajille lähtivät aluksi liikkeelle kaksivuotisena hoidon kehittämishajana, ja Raha-automaattiyhdistys maksoi asiakkaiden hoitomaksut Sininauhaliiton kautta. Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus on Sininauhaliiton jäsenjärjestö. Tuon kehittämishajien jälkeen hoito-ohjelma on ollut osa Tyynelän palvelutarjontaa. Palvelut ovat valtakunnallisia, ja asiakkaat saapuvat Tyynelään eri puolilta maata kuntien myöntämällä maksusitoumuksilla. Tyynelän työntekijät järjestävät asiakkaille myös jatkohoitoja yhteistyössä heidän kotikuntansa päihdehoidon kanssa.



Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskuksen taustayhteisönä on Kirkkopalvelut ry. (ks. [www.kirkkopalvelut.fi](http://www.kirkkopalvelut.fi)). Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus jakautuu kahteen osaan. Tyynelän *kuntoutuskeskus* ”edistää ihmisen eheytymistä ja hyvinvointia tuottamalla yksilöllisiä ja yhteisöllisesti toteutettuja kuntoutuspalveluja alkoholi- ja peliongelmiin toipuville”. Tyynelän *kehittämiskeskus* ”edistää ihmisten hyvinvoinnin toteutumista ja päihdetyön kehittymistä tuottamalla alan kehittämis-, koulutus-, konsultaatio- ja arviointipalveluja itsenäisesti ja yhteistyökumppanien kanssa”. Tyynelän kuntoutuskeskuksen puolella työskentelee 12 vakituista työntekijää (joista esimerkiksi kolme on sosiaaliterapeutteja ja kaksi sairaanhoitajaa). Asiakaspaikkoja kuntoutuskeskuksessa on 25. (Ks. tarkemmin [www.tyynela.fi](http://www.tyynela.fi); Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006...; Tyynelän kuntoutuskeskus. Monipuolinen...)

Kehittämiskeskuksella on ollut ja on edelleen käynnissä monipuolisia riippuvuustyön kehittämisprojekteja. Monet hankkeista ovat niin sanottuja monitoimijahankkeita, joissa yhteistyökumppaneina ovat olleet muun muassa Ensi- ja Turvakotien Liitto, A-klinikkasäätiö, Sininauhaliitto, Kriminaalihuollon tukisäätiö ja Seudulliset päihdepalvelusäätiöt. Hankkeet liittyvät moniin eri aiheisiin, kuten päihiteisiin, vankilatyöhön, perhetyöhön ja vanhuksiin. Esimerkiksi Räättäli-projekti tarjoaa päihdehuollon ja työvoimahallinnon yhteisasiakkaille uusia toimintamalleja retkahduksen ehkäisyyn ja arjen tukemiseen. Seniori-projekti kehittää päihdepalveluja ikääntyville asiakkaille sopiviksi muun muassa kytkemällä kotona tapahtuvaan hoiva- ja huolenpitotyöhön päihdetyön osaamista. Pelissä-projektissa vuosina 2008–2011 kehitetään peliriippuvaisten hoitoon soveltuva avohoidon malli ja perus- sekä erityispalvelutyöntekijöiden koulutusohjelma. (Ks. tarkemmin [www.tyynela.fi](http://www.tyynela.fi); Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006...; Tyynelän kuntoutuskeskus. Monipuolinen...)

### *Tyynelän laituskuntoutus ja ongelmapelaajien määrät*

Tyynelän laituskuntoutusjaksolla pyritään tiiviiseen, tavoitteelliseen, pysäyttävään ja muutokseen motivoivaan tapahtumaan, joka antaa etäisyyttä asiakkaan ja/tai hänen läheistensä kriisitilanteen selkiyttämiseen. Asiakkaalle laaditaan aina myös henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Hoitoon hakeutavalta edellytetään lääkärin lähete (tai avohoidon lähete, mikäli avohoidosuhde on olemassa) ja kotikunnan maksusitoumus. Hoitoaika on sairaspäivä-/kuntoutusrahaan oikeuttavaa aikaa. Hoitoon on mahdollista hakea myös Kelan kuntoutuspäätöksellä. Vuonna 2008 hoitomaksu oli 135 euroa/hoitopäivä (asiakasmaksu 26 e, kuntaosuus 109 e). (Ks. [www.tyynela.fi](http://www.tyynela.fi).)

Peliongelman vuoksi Tyynelän kolmen viikon pituiselle laituskuntoutusjaksolle on hakeutunut vuosittain 30–50 eri asiakasta. Kaiken kaikkiaan Tyynelään on hakeutunut peliongelman vuoksi yhteensä yli 500 asiakasta. Monet heistä ovat käyneet myöhemmin viikonmittaisia intervalli- eli tukijaksoja.

Tyynelä ottaa Suomessa vastaan eniten laitoshoitoon saapuvia pelinongelmaisia. Jotta lukija saa kuvan laitoshoitoon saapuvien profilista, seuraavaksi käsitellään tarkemmin Tyynelään laitoshoitoon saapuvien taustatietoja tuoreimpien saatavilla olevien tilastojen valossa. Vuonna 2006 Tyynelässä kävi 33 eri ongelmapelaaja-asiakasta. Heistä 1/3 oli naisia. Hoitokäyntejä oli tuolloin yhteensä 46 (koska osa oli tullut uudelleen tukijaksolle). Ongelmapelaaja-asiakkaita Tyynelään tuli 23:sta eri kunnasta. Hoitopäiviä heillä oli yhteensä 691, mikä vastaa 11:tä prosenttia Tyynelän vuoden 2006 hoitopäivistä. (Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006...)

Vuonna 2006 ongelmapelaaja-asiakkaat jakautuivat lääneittäin siten, että lähes puolet asiakkaista (15/45 %) tuli Etelä-Suomen läänistä ja kolmannes (11/33 %) Länsi-Suomen läänistä. Valtaosa ongelmapelaajista näyttääkin tulevan Tyynelään muualta kuin Tyynelän sijaintialueelta, Itä-Suomen läänistä, josta asiakkaita tuli vuonna 2006 neljä henkilöä (12 %). Lapin läänistä tuli tuolloin kaksi asiakasta ja Oulun läänistä yksi. (Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006...)

Vuonna 2006 peliongelmaisista naisiasiakkaista puolet (50 %) oli naimattomia, kolmasosa eronneita (33 %) ja vajaa viidesosa (16 %) avo-/avioliitossa. Peliongelmaisiet miehet olivat naisia useammin avo-/avioliitossa (28 %), vajaa kolmasosa (29 %) oli eronneita, ja naimattomia heistä oli (43 %). Suurin osa naisista (66 %) ja miehistä (81 %) oli korkeimmalta koulutukseltaan peruskoulun suorittaneita. Naisten keski-ikä oli 43 vuotta (nuorin 29-vuotias ja iäkkäin 68-vuotias). Miesasiakkaat olivat selvästi nuorempia, miesten keski-ikä oli 34 vuotta (nuorin 18 vuotta, vanhin 57 vuotta). (Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006...) Ikäjakauma vastaa niin auttava puhelin Peluuriin kuin muihinkin kuntoutukseen osallistuneiden ikäjakaumaa (ks. Huotari 2007). Toisaalta lukuja voi tulkita myös niin, että naiset hakeutuvat hoitoon vasta paljon iäkkäämpinä kuin miehet.

Naisiasiakkaista lähes puolet oli palkansaajia (42 %), työttömiä naisista oli kolmannes (33 %) ja eläkkellä neljäsosa (25 %). Tyypillisin naisasiakkaiden pelaama peli oli peliautomaatit, joita pelasi 92 prosenttia. Nettipokeria pelasi naisista vajaa kymmenes (8 %). Pelikäyttäytymiseltään miehet erosivat naisista siinä, että 14 prosenttia pelasi vedonlyöntipelejä. Mutta myös miehillä tyypillisin pelattu peli (81 %) oli peliautomaatti, ja sen jälkeen nettipokeri (5 %). (Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006...) Haastateltujen Tyynelän työntekijöiden mukaan laitoshoitoon tulee vuosi vuodelta enemmän asiakkaita nettipokerin vuoksi. Nettipokerin pelaajilla erityisongelmana on usein se, että velat ovat kasvaneet hyvin nopeasti. Työntekijöiden mukaan tähän vaikuttaa se, että netissä pelatessa rahan realistisia määriä on vaikeampi hahmottaa, koska ne vilahtavat ruudulla ”vain numeroina”.

Yli puolet naisista (58 %) ja miehistä (53 %) oli luokiteltu ”puhtaasti pelaajiksi”, sekä peli- että alkoholiongelmaisiksi oli luokiteltu vajaa puolet naisista (42 %) ja miehistä (43 %). Lisäksi miehistä 5 prosenttia oli luokiteltu peli- ja huumeongelmallisiksi. Naisista kolmella neljäsosalla (75 %) ei ollut aikaisempaa

”laitoshoitokokemusta”, mutta neljäsosa (25 %) heistä oli ollut Tyynelässä aiemminkin laitoshoidossa. Miehet oli tilastoitu eri tavalla, miehiltä ei oltu tilastoitu ”laitos”hoitokokemusta, mutta vajaalla kolmasosalla (29 %) heistä ei ollut aikaisempaa ”hoito”kokemusta. A-klinikalla miehistä oli aiemmin käynyt 43 prosenttia ja mielenterveystoimistossa 9 prosenttia. ”Jossakin muualla”, kuten yksityisellä psykiatrilla, miehistä oli aiemmin käynyt 19 prosenttia. (Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006...)

GA-kokemuksia oli yli puolella sekä naisista (58 %) että miehistä (52 %). Avohoito oli järjestynyt tyypillisimmin A-klinikalla sekä naisille (42 %) että miehille (57 %). Mielenterveystoimistoon jatko-hoitoon oli ohjautunut naisista (17 %) ja miehistä (9 %), terveyskeskuslääkärille naisista (8 %) ja miehistä ei yksikään. Kolmasosalle (33 %) naisista ja 15 prosentille miehistä jatkohoito järjestyi ”jossain muualla” (ei tietoa missä). Miehistä viidenneksen osalta (19 %) ei ollut tietoa jatkohoidosta. (Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006...)

Monella ongelmapelaajalla on haastateltujen työntekijöiden mukaan masennusongelmia (keskivaikea tai vaikea masennus, joka on syvempi kuin alkoholisteilla) ja lääkitystä siihen mukanaan. Tarvittaessa asiakkaalle annetaan omien reseptien mukaista lääkitystä. Jos masennus alkaa Tyynelässä, siellä oleva lääkäri voi tarvittaessa aloittaa lääkityksen. Mutta rauhoittavia lääkityksiä ei anneta.

Seuraavaksi esitellään yksityiskohtaisesti Tyynelän laituskuntoutuksen hoito-ohjelma ongelmapelaajille. Hoito-ohjelma pohjautuu kognitiivis-behavioristiseen malliin. Tämä johtuu haastateltujen mukaan siitä, että osa Tyynelän työntekijöistä on käynyt tuon koulutuksen. Toisaalta yksittäisten työntekijöiden työskentelytavat vaihtelevat.

### *Tyynelän laituskuntoutuksen hoito-ohjelma ongelmapelaajille*

Ongelmapelaajan kuntoutusjakson (3 viikkoa) yleisenä tavoitteena on ”peliriippuvuuden ja sen aiheuttamien ongelmien selvittely ja selviytymissuunnitelman aikaansaaminen” (ks. [www.tyynela.fi](http://www.tyynela.fi)). Yksittäisiä tavoitteita ovat

- selkeä katko pelaamiseen
- etäisyyden ottaminen pelimaailmaan (myös fyysisesti)
- ongelman tunnistaminen ja nimeäminen
- pysähtyminen (aikaa ajatella ja jäsentää tilannettaan)
- motivointi ja muutoksen käynnistäminen
- kriisiytyöskentely
- asiantiedon ja vertaistuen saaminen sekä
- jatkohoidon suunnittelu. (Tyynelän hoito-ohjelma peliongelmaisille).

Haastateltujen työntekijöiden mukaan etenkin hoidon alkuvaiheessa on tärkeää päästä purkamaan se kaaos, jonka peliongelmat ovat tuoneet mukanaan.

Kuntoutusohjelman *sisältö* koostuu vaiheittain etenevästä prosessista, johon kuuluu henkilökohtaiset keskustelut, mahdolliset perhekeskustelut, ryhmäprosessit, yhteisöllisyys, luennot, itsehoidolliset ainekset sekä verkostopalaverit eri yhteistyötahojen kanssa. Keskeisiä ovat sekä yksilöllisyyden että yhteisöllisyyden ajatukset. Yksilöllisyyden idean taustalla on ajatus siitä, että kullakin pelaajalla on taustalla oma tarinansa, historiansa, nykyisyytensä ja tulevaisuutensa.

Tyynelän työntekijöiden haastattelujen mukaan riippuvuusongelmissa on kyseessä monisäikeinen riippuvuusoireyhtymä, jolle ei ole löydettävissä yksittäistä selitystä. Siksi Tyynelän 3-viikkoisella kuntoutusjaksolla laaditaan aina *henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma*, jossa määritetään kuntoutuksen yksilölliset ja kokonaisvaltaiset tavoitteet sekä sisältö. Kyse on tiiviistä, tavoitteellisesta, pysäyttävästä ja muutokseen motivoivasta tapahtumasta oman ja läheisten kriisiytyneen tilanteen selkiyttämiseksi. Siinä otetaan huomioon riippuvuusongelman psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja elämäntapaa sivuavat näkökulmat unohtamatta hengellistäkään ulottuvuutta. (Ks. [www.tyynela.fi](http://www.tyynela.fi), Tyynelän hoito-ohjelma peliongelmaisille.)

Henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa. Kuntoutuksen suunnittelun perustana on tulohaastattelu, joka tehdään yleensä toisena päivänä Tyynelään tultua. Sitä seuraa kolmantena päivänä varsinainen kuntoutussuunnitelma, jota on laatimassa asiakkaan lisäksi Tyynelästä työryhmä (yleensä asiakas ja kaksi työntekijää). Tällöin allekirjoitetaan myös hoitosopimus, jossa asiakas sitoutuu noudattamaan Tyynelän sääntöjä ja tehtyjä sopimuksia. Näillä käytännöillä pyritään siihen, että kuntoutusjakso on yksilöllinen (kunkin asiakkaan omakohtainen) tapahtuma, vaikka se toteutetaan yhteisöllisesti.

Kuntoutussuunnitelma tehdään tietokoneelle (lomakkeelle) ja sitä täydennetään sekä syvennetään sitä mukaa kun kuntoutus etenee. Jos sama henkilö tulee uudelle tuki- tai intervallijaksolle, papereita täydennetään edelleen. Papereista näkyy siis koko hoitohistoria intervallijakosoineen, päätöksineen ja jatkohoitosuunnitelmineen.

*Tulohaastattelulomakkeessa* (ks. liite 4) kysytään taustatietojen (nimen, ammatin, koulutuksen ynnä muun) lisäksi varsin tarkasti muun muassa päihteiden käyttöhistoriasta, juomiskausista, kuivista kausista, aikaisemmista laitoshoidoista, hoitoon tulon syistä, terveydentilasta, itsemurha-ajatuksista ja -yrityksistä, hoitotoiveista, elämäntilanteesta ja taloudellisesta tilanteesta. Lisäksi kysytään, onko henkilö kokenut pelaavansa yhä enemmän ja enemmän rahasta sekä siitä, onko henkilö valehdellut läheisilleen pelatun rahan määrästä. Vaikka tulohaastattelulomakkeen kysymykset keskittyvät päihteisiin, kysymyksiä sovelletaan sen mukaan, onko kyseessä hoitoon tuleva ongelmapelaaja (tällöin esimerkiksi päihteiden käyttöhistorian ohella/tilalla kysytään myös pelihistoriasta).

Kuntoutussuunnitelma toteutetaan kolmivaiheisena prosessina: 1) Arviointi- ja motivointivaiheessa (Armo-vaihe) pyritään tunnistamaan ongelma ja selvittämään sen seurauksia. 2) Realisointi- ja muutosvaiheen (Remu-vaihe) tarkoitus on syventää ja pohtia muutossuunnitelmaa. 3) Tulevaisuus- ja sitoutumisvaihees-

sa (Situ-vaihe) käsitellään muutoksen toteutusta, retkahdusten torjuntaa, jatkohoitoon sitoutumista sekä mahdollisia verkostopalavereita. Alun perin kunkin vaiheen oli tarkoitus kestää noin viikon, mutta vaihteiden kesto vaihtelee kullekin tarvittavan ajan mukaan.

Armo-vaiheessa ongelmapelaajalle tehdään ensin tulohaastattelu ja sen jälkeen kuntoutussuunnitelma, kartoitetaan elämän- ja pelihistoria, jäsennetään sosiaaliset ja taloudelliset seikat sekä tarkastellaan selviytymistaitoja ja elämän eri vaihtoehtoja. Lisäksi tehdään eksistenssianalyysi, jossa tarkastellaan sitä, minkä varassa henkilö on ja mitkä ovat elämän arvot.

Remu-vaiheessa tarkastellaan riippuvuuskäyttäytymistä ja sen seurauksia eri elämän alueilla, tehdään johtopäätöksiä ja laitetaan asioita tärkeysjärjestykseen, mietitään vaihtoehtoisia ja haasteellisia elämän alueita sekä eri tukimahdollisuuksia. Remu-vaiheeseen kuuluvat myös verkostotyöskentely, perhekeskustelut, velkaneuvonnan tarpeen kartoitus, ohjaus ja opastus sekä muut palvelut.

Situ-vaiheessa uudet toimintamallit laitetaan koetukselle ja pyritään sitouttamaan asiakas elämänmuutokseen. Situ-vaiheessa tehdään riskikartoituksia ja mietitään retkahdusten torjuntakeinoja. Verkostotyöskentely ja perhekeskustelut jatkuvat. Lisäksi sovitaan toimivat jatkohoitokontaktit sekä tehdään selviytymis- ja toipumissuunnitelma.

Ongelmapelaajan kuntoutusohjelmaan suositellaan liitettäväksi intervalli- eli tukijakso (5–7 vrk) myöhemmin toteutettavana ajanjaksona, joko 3 kuukautta, 6 kuukautta tai 1 vuoden perusjakson jälkeen. Jakson tavoitteena on ylläpitää ja vahvistaa asiakkaan hoito- ja muutostmotivaatiota, arvioida hänen tilannettaan sekä arvioida selviytymissuunnitelman toteuttamista ja tarkistaa suunnitelmaa. Intervallijakso toimii toipumisprosessin välitavoitteena ja avohoidon tukena. Hoitajakso toteutetaan yhteistyössä avohoidon kanssa. Intervallijakso toimii myös kriisihoitajaksona tai ennaltaehkäisevänä retkahduksen torjuntajaksona esimerkiksi levottomuusvaiheessa, jossa asiakasta uhkaa pelaaminen. Intervallijakso voidaan toteuttaa useampan kertaan toipumisprosessin eri vaiheissa. Intervallijaksot siis tukevat kolmeviikkoista kuntoutusjaksoa ja niitä voidaan toistaa useamman kerran.

Tyynelän laituskuntoutusjakso on tiivis ja se toteutetaan yhteisöllisesti erilaisten *yhteisöfoorumien* avulla. Ajatuksena on, että toipumisyhteisö tukee muutosta. Ongelmapelaaja-asiakkaita ei yhteisöhoidon ajatusten mukaan erotella laitoksessa päihdeongelmaisista asiakkaista, joita on valtaosa. Ajatuksena on, että addiktio kuitenkin yhdistää kaikkia asiakkaita. Yhteisömalli toimii työntekijöiden haastattelujen mukaan hyvin. Asiakkaat ottavat hoitotajaksolla hyvin vastuuta ja siirtävät sitä eteenpäin.

Yhteisön keskeisiä foorumeita ovat päivittäiset *aamupalaverit*, joissa käydään läpi ajankohtaiset tiedotusasiat, päivän ohjelmarunko ja muut yhteisöstä nousevat asiat. Maanantain aamupalaverissa suunnitellaan yhdessä viikko-ohjelma, ja perjantain palaverissa käydään läpi arvio kuluneesta viikosta. Kerran viikossa on *yhteisöpalaveri*. Se on aina jonkun asiakkaan johtama palaveri, jossa käydään lä-

pi kuulumiset, sovitaan tehtävien jaosta sekä keskustellaan yhteisön ilmapiiristä ja arjen sujumisesta. Perjantaisin on myös *viikonloppupalaveri*, jossa jokainen työntekijä ja asiakas arvioi viikon kulkua ja jossa sovitaan viikonlopun ohjelmasta. Lisäksi torstaisin on *toverikunnan kokous*, asiakasyhdistyksen palaveri, jossa valitaan toimihenkilöt ja sihteeri, sovitaan toverikunnan varojen käytöstä ja yhteisistä käytännön asioista. Kuntoutuksessa olevat ongelmapelaajat osallistuvat näihin palaverihin kuten muutkin laitoshoidossa olevat. Isoine tiloineen Tyynelä tarjoaa myös hyvät mahdollisuudet ulkoiluun, lenkkeilyyn ja erilaisiin harrastuksiin (siellä on muun muassa kuntosali, verstaas, hiljainen huone, ryhmähuoneet).

Joidenkin haastateltujen työntekijöiden mukaan ongelmana on joskus se, että ongelmapelaajat ovat mukana valtaosaltaan päihdeongelmaisista koostuvissa ryhmissä silloin kun ongelmapelaajia on hoidossa vain vähän. Tällöin ongelmapelaajien ongelmat ja kokemukset jäävät helposti vähemmän käsitellyiksi, koska ryhmässä keskitytään päihdeongelmiin. Tämä näkökulma ei täysin palvele ongelmapelaajia, vaikka ryhmässä löytyykin yhteisiä näkökulmia riippuvuuksiin. Haastateltujen työntekijöiden mukaan pelkästään peliriippuvaisista koostuvissa ryhmissä (vähintään neljä-viisi henkilöä) etuna on vertaistuki ja se, että ryhmässä pystytään käsittelemään pelkästään pelaamiseen liittyviä asioita. Näin ei tarvitse ottaa huomioon alkoholiongelmaa.

Sekaryhmissä sen sijaan ongelmapelaajat käsittelevät ongelmia yleisemmin ja soveltaen. Aiheina ovat esimerkiksi riippuvuudet yleensäkin, itseluottamus ja itsetunto. Erään haastatellun työntekijän mukaan asiakkaat ovat kuitenkin sitä mieltä, että sekaryhmät ovat hyviä, koska sekä alkoholi-ongelmaiset että ongelmapelaajat voivat kuulla ja ihmetellä toistensa ongelmia, ja näin he pystyvät hyödyntämään toistensa kokemuksia riippuvuuden kulusta. Työntekijät eivät ole kertaakaan kuulleet asiakkailta huonoa palautetta sekaryhmistä. Sen sijaan alkoholi- ja huumeongelmaisten välillä on huomattu isoja eroja ja jännitteisyyttä. Ongelmapelaajien ja alkoholi-ongelmaisten välillä näitä jännitteitä ei ole ollut.

Tyynelän kuntoutustyössä menetelminä ovat yhteisöhoiton lisäksi kognitiivinen ja ratkaisukeskeinen ryhmäterapia, yksilö- ja perhekeskustelut sekä toiminnallinen ja lääkinnällinen kuntoutus. Hoito-ohjelmaan kuuluu myös luentoja, papin ryhmiä, luovan toiminnan ryhmiä, akupunktioryhmä sekä AA-ryhmä ja GA-ryhmä. (Tyynelän kuntoutuskeskus. Monipuolinen...) Ryhmäistunnot kestävät keskimäärin kaksi tuntia ja 3-viikkoisen jakson aikana kukin asiakas käy läpi noin 4–6 ryhmäistuntoa.

*Yksilö- ja perhekeskeiset keskustelut* käydään kullekin asiakkaalle nimetyn oman työntekijän järjestäminä. Niissä kartoitetaan tilanne, suunnitellaan ja käynnistetään muutos, annetaan ja puretaan tehtävät ja palautteet, käydään jäsentävät keskustelut, motivoidaan asiakas jatkohoitoon ja hoidetaan sidosryhmäyhteydet verkostopalaverineen. *Luennot* ovat eri asiantuntijoiden pitämiä. Ne antavat asiantuntijatietoa muun muassa riippuvuuksista, muutoksesta, toipumisprosessista, retkahduksista ja päihteiden vaikutuksista terveyteen. Luentoja on useasti vii-

kossa. Luentojen tavoitteena on avata uusia näkökulmia työvälineiksi asiakkaan omaan toipumisprosessiin. (Tyynelän kuntoutuskeskus. Monipuolinen...) Hoidossa käytetään myös mielikuvaharjoituksia, joissa esimerkiksi retkahdusta käydään etukäteen ennaltaehkäisevästi läpi. On myös muita toiminnallisia menetelmiä, joihin käytetään esimerkiksi kortteja tai vaikka näyttelemistä. Näitä käytetään kunkin ohjaajan tilanteen ja taitojen mukaan.

*Yhteisöhoidolla* Tyynelässä tarkoitetaan yhteisön ilmaston hoitamista ja siihen vaikuttamista sekä asiakkaiden vastuuttamista. Tähän kuuluu muun muassa yhteisön aamu- ja viikkopalaveriin osallistuminen, talkoisiin, tapahtumiin, illanviettoihin ja yhteislauluiltoihin osallistuminen. *Itsehoito* tarkoittaa esimerkiksi erilaisiin liikunnallisiin tilaisuuksiin osallistumista, työ- ja tehtäväkirjojen täyttämistä sekä harrastustoimintaa.

Ongelmapelaajat ovat sitoutuneet Tyynelän laitoshoidon vahvasti, haastattelujen työntekijöiden mukaan äärimmäisen harva keskeyttää hoidon (viimeksi kuluneiden 15 vuoden aikana yksi keskeyttänyt).

## Kouvolan Kuntoutuskeskus

Vuonna 1975 perustettu Kouvolan kuntoutuskeskus on laitoshoidon yksikkö vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuville tai hoitoon ohjatuille päihderiippuvaisille. Kuntoutuskeskuksessa hoidetaan asiakkaita, joille A-klinikan avohoitopalvelut eivät ole olleet riittäviä tai tarkoituksenmukaisia. Kuntoutuskeskuksessa hoidetaan myös ongelmapelaajia, joita on vähän suhteessa muihin asiakkaisiin. Esimerkiksi vuonna 2007 kuntoutuskeskuksessa kertyi yhteensä 4 441 hoitopäivää, joista ongelmapelaajien osuus oli 12 hoitopäivää (= yksi asiakas).

Ongelmapelaajien hoito Kouvolan kuntoutuskeskuksessa lähti liikkeelle 1990-luvun alkupuolella, jolloin siellä toteutettiin kaksivuotinen ongelmapelaajien kuntoutus- ja koulutusohjelma yhdessä RAY:n, Sininauhaliiton ja A-klinikkasäätiön kanssa. Ensimmäinen vuosi sisälsi hankkeen suunnittelun. Toisena vuotena ongelmapelaajia otettiin laitoshoidon Kouvolan kuntoutuskeskukseen, tuolloin hoidot rahoitti RAY. Nykyään pelaajien kotikunnat maksavat laitoshoidon kustannukset. Tuon kaksivuotisen hankkeen aikana ongelmapelaajia oli Kouvolassa hoidossa niin paljon, että heille pystyttiin järjestämään omia ryhmiä. Myös vertaistukea oli tarjolla.

1990-luvun alun RAY-projektin jälkeen ongelmapelaajien määrät ovat vähentyneet vuosi vuodelta. Haastattelun yksikköjohtajan Aimo Katajaisen mukaan 1990-luvun loppupuolella asiakkaita oli vuosittain runsaat kymmenen, 2000-luvulla heitä oli vuosittain alle viisi henkilöä ja määrä väheni koko ajan. Kun vuonna 2006 ongelmapelaaja-asiakkaita oli ollut hoidossa kolme, vuonna 2007 heitä oli ollut hoidossa enää yksi asiakas.



Kouvolan kuntoutuskeskukseen tulee yhteydenottoja peliongelmaa käsitteleviltä tahoilta enemmän kuin varsinaisia ongelmapelaajien hoitojaksoja on. Itse pelaajat ottavat vain harvoin yhteyttä. Usein yhteydenottajana ovat omaiset, sosiaalityöntekijät, A-klinikat tai mielenterveystoimistot. Usein yhteydenotto jää tuohon yhteen soittokertaan. Tämä saattaa yksikköjohtajan mukaan johtua siitä, että ihmiset vertailevat paikkojen tarjontaa. Kouvolan kuntoutuskeskusta ei ole myöskään erityisesti markkinoitu ongelmapelaajille tarkoitettuna paikkana, ”jos joku tulee, se on oookoo”, kertoo yksikköjohtaja. Hänen mukaan ongelmapelaajien vuosittainen vähentyminen johtuu myös kuntien talouden kiristymisestä sekä kuntien haluttomuudesta myöntää laitoshoitoon maksusitoumuksia.

Yksikköjohtajan mukaan kaikki laitoshoidossa olleet ongelmapelaajat ovat olleet ”vakavasti peliongelmaisia”. Peliongelman kiihtyminen vakavaksi ongelmaksi on vaihdellut. Toiset ovat pelanneet jopa 20 vuotta tai ylikin, toisilla 1–2 vuoden pelaaminen on johtanut vakaviin ongelmiin. Tyypillisesti laitoshoitoon tulleet ovat olleet automaattipelien, mutta myös monien muiden pelien kuten ravipelaajia, korttipokerin pelaajia ja kasinopelaajia. Yhtään pelkästään nettipokerin pelaajaa ei ole ollut hoidossa, vaikka kyselyjä hoitomahdollisuuksista on tullut myös heiltä. Osalla laitoshoitoon tulleista on tosin ollut myös jonkinasteista nettipokerin peluuta. Laitoshoidossa olleet ovat vaihdelleet 18-vuotiaista aina eläkeläisiin saakka. Pelaajat ovat tulleet kaikkialta Suomesta, lähikunnat eivät siis poikkea tässä suhteessa muista kunnista. Kauimmainen pelaaja on tullut Lapin läänistä. Osa pelaajista on ollut moniriippuvaisia ja osalla on ollut myös päihde- ja/tai mielenterveysongelmia.

### *Kouvolan kuntoutuskeskuksen hoito-ohjelma*

Ongelmapelaajien hoito kestää Kouvolan kuntoutuskeskuksessa 12 päivää (alkoholiongelmaisten hoitojakson pituus on 5–7 vuorokautta). Hoito alkaa maanantaisin ja kestää seuraavan viikon perjantaihin saakka. Hoidon tavoitteena on auttaa asiakasta tiedostamaan ja selkeyttämään itselleen pelaamiseen liittyvää ajatteluaan, tunteitaan ja käyttäytymistään sekä oppia itsehallintataitoja suhteessa pelaamiseen, kognitiivisen terapian avulla. Hoitoon tulevalle pelaajalle ei saa olla akuuttia päihdeongelmaa, koska silloin hän voisi mennä katkolle. Myöskään vakavasti mielenterveysongelmaisia ei ole enää viime vuosina otettu laitoshoitoon, koska yksikköjohtajan mukaan heihin ”ei saa mitään otetta”.

Laitoshoidossa ongelmapelaajille on tarjolla sekä yksilö- että ryhmätukea. Ryhmätoimintojen osalta pelaajat osallistuvat alkoholi- ja sekakäyttäjien (alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö) kanssa samoihin ryhmiin. Huumeiden käyttäjät osallistuvat omiin ryhmiinsä omissa tiloissaan. Näin siksi, että alkoholia pääpäähteenään käyttävät ja huumeiden käyttäjät eivät sovellu yksikköjohtajan mukaan samoihin ryhmiin monesta syystä (esimerkiksi huumeekulttuurin erilaisuus). Pelaajat osallistuvat siis samoihin ryhmätoimintoihin alkoholin ongelmakäyttäjien kans-



sa seuraavasti. Joka aamu klo 9.00–9.45 on aamuryhmät (ja viikonloppuisin klo 10.00–11.00), joita sairaanhoitajat vetävät. Sairaanhoitajilla on lista riippuvuuksiin liittyvistä aiheista, joita päivittäin käydään eri teemojen mukaan ryhmäkeskusteluissa läpi. Yksikköjohtajan mukaan on ”sama mistä riippuvuudesta puhutaan”, sillä riippuvuuksien mekanismit ovat niin samankaltaisia alkoholisteilla ja pelaajilla, että he hyötyvät keskinäisistä keskusteluista; kollegiaalinen kokemusten vaihto toimii pelaajien eduksi. Myös keinot, joilla pääsee eroon riippuvuudesta, ovat samankaltaisia. Ongelmapelaajilta ei ole myöskään koskaan tullut sanomista siitä, että he ovat samoissa ryhmissä alkoholiongelmaisten kanssa.<sup>27</sup>

Iltapäivisin ongelmapelaajat käyvät viikonloppua lukuun ottamatta joka päivä 1–1½ tunnin mittaisen yksilökeskustelun yksikköjohtajan kanssa. Tapaamiskertojakertyy siis 10. Kaikki ongelmapelaajien yksilökeskustelut hoidetaan yksikköjohtajan kanssa, sillä muilla työntekijöillä ei ole tähän koulutusta. Yksilökeskustelujen taustarunkona yksikköjohtaja käyttää tehtäväkirjaa, ja ongelmapelaajat saavat joka päivä mukaansa kirjallisia tehtäviä sekä peliongelmaa käsittelevää lukemista. Tehtävät ovat sekä monivalintatehtäviä että lyhyitä kirjoitustehtäviä. Tätä kognitiivista mallia käytetään, sillä yksikköjohtaja uskoo sen toimivuuteen ja on tottunut sitä käyttämään. Lisäksi käytetään ongelmanratkaisumalleja, mutta tehtävät perustuvat kognitiiviseen malliin. Tärkeää on myös se, että pelaaja saa tietoa sekä pelaamisesta että siitä miten hän käyttäytyy pelitilanteissa.

Yksikköjohtaja korostaa tehtävien annossa yksilöiden erilaisuutta ja yksilöllisyyttä, siksi tapaamisten ja tehtävien sisällöt vaihtelevat yksilöiden mukaan. Ensimmäinen ja toinen yksilötapaamiskerta on kuitenkin kaikille samanlainen. Ensimmäisellä kerralla tutustutaan ja käydään läpi taustatiedot henkilöhistorioineen. Toisella kerralla käsitellään pelihistoriaa. Oleellista on saada luotua luottamuksellinen suhde asiakkaaseen. Jos sitä ei synny, ei asiakkaasta myöskään saa mitään irti. Asioissa edetään yleisistä asioista yksityiseen päin. Kaikkien asiakkaiden kanssa ei käydä samoja asioita läpi, vaan edetään asiakkaiden ehdoilla.

Yksilötapaamisissa käydään läpi myös sitä miten kukin pelaa. Tärkeää on saada pelaaja hahmottamaan pelaamisen ”petailuvaihetta” ja sitä miten esimerkiksi tilipäivän lähetessä pelaamista voi estää – vaikka ”pelaaminen on mielessä aina”. Pelaaja on tärkeä saada tietoisiksi omista ratkaisuistaan. Yksilötapaamisissa pelaajille annetaan myös pieninä paloina erilaisia tietoiskuja pelaamisesta ja riippuvuudesta niin että asiakas pystyy sisäistämään ne paremmin. Esimerkiksi kun peliautomaattien rahojen palautusprosentti 90 prosenttia, se tarkoittaa, että jokainen häviää keskimäärin ainakin 10 prosenttia.

Keskusteluissa pyritään luomaan malleja, joilla pelaamista voi ehkäistä. Pelaajalle iso ongelma on siinä, mitä saada pelaamisen tilalle. Kun pelaaminen jää pois, aikaa ja rahaa jää muuhun. Ongelmapelaajien kanssa mietitään, mitä hyödyllisiä aktiviteetteja voisi saada siihen tilalle. Tilalle olisi hyvä saada ”jokin kognitio, et-

27 Myös Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskuksen haastatellut työntekijät kertoivat, että asiakailta ei ole tullut negatiivista palautetta sekaryhmistä. Tutkimuksellisesti ei ole kuitenkaan selvitetty sitä, millaisia kokemuksia ongelmapelaaja-asiakkailla on ryhmäkokoontumisista alkoholiongelmaisten kanssa.

tä jonkun muunkin asian saa mieleen, kun pelaamisen”. Ja että kun rahaa saa, niin kaikki ei ole pelirahaa. Jotkut ongelmapelaajat ovat saaneet pelaamisen tilalle elämän sisällöksi esimerkiksi jonkin urheilulajin tai kulttuuriharrastuksen. Hoidon tavoitteena on yksikköjohtajan mukaan pelaamisen lopettaminen. Yksikköjohtajan mukaan kokemus on osoittanut, että pelaaminen ajan myötä vaan kiihtyy ja kohta pelaaja taas pelaa ”kunnolla”, jos ongelmapelaaja alkaa uudelleen ”kokeilemaan” pelaamista. Toisaalta tavoitteena on yksikköjohtajan mukaan se, että pelaamisesta johtuvat haitat saataisiin mahdollisimman pieniksi.

Ryhmä- ja yksilötapaamisten lisäksi kuntoutuskeskuksessa on monia muitakin toimintamahdollisuuksia, kuten korva-akupunktiomahdollisuus iltaisin, kuntosali- ja ulkoilumahdollisuus sekä sauna joka toinen ilta. Tärkeää on myös se, että asiakkaille jää aikaa rauhoittumiseen, oman tilanteen miettimiseen, tehtävien tekoon ja lukemiseen. Vain yksi pelaaja on keskeyttänyt hoidon, syynä oli ollut psykoosi. Samoin yksi pelaaja on ollut kaksi kertaa hoidossa Kouvolan kuntoutuskeskuksessa.

Systemaattista seuranta hoidon vaikutuksista ei ole tehty. Jossain vaiheessa yksikköjohtaja teki kyselyn osalle hoidossa olleista. Vastanneista puolet oli ollut kokonaan pelaamatta vuoden kulutta laitoshoidon loppumisesta. Kyselyssä oli muitakin rajoitteita kuin vastanneiden pieni määrä, joka ei ole tarkkaan tiedossa. Yksikköjohtaja epäilee, etteivät ne vastanneet kyselyyn, jotka olivat alkaneet uudelleen pelata. Siihen siis vastasivat ne joilla meni parhaiten. Yksi selvä tulos oli kuitenkin se, että ne pystyivät olemaan paremmin pelaamatta tai olivat saaneet pelaamisensa paremmin hallintaan, jotka jatkoivat avohoidossa.

Läheiset eivät varsinaisesti osallistu hoitoon, mutta soittavat usein pitkiä puheluita yksikköjohtajalle. Usein soittajina ovat nuorten miesten äidit tai pelaajamiesten vaimot, jotka eivät käsitä riippuvuuden luonnetta. Heille on oleellista kertoa, että kyseessä on riippuvuus, josta voi selvitä. Omaisille tarjotaan lisäksi erilaista materiaalia luettavaksi. Yhteisöhoitoa ei käytetä enää menetelmänä Kouvolaissa. 1990-luvun alkupuolella yhteisöhoitoa käytettiin ja se toimi, kun ongelmapelaajia oli hoidossa enemmän ja pitemmän aikaa. Nyt yhteisöhoito ei pääse käyntiin, varsinkin kun alkoholiongelmaisten hoidon pituus on vain 5–7 päivää. Yhteisöhoito vaatisi 3–4 viikon ajan samoja henkilöitä.

Kaikille Kouvolan kuntoutuskeskuksessa hoidetuille ongelmapelaajille sovietaan myös jatkohoitopaikka, joka on usein A-klinikalla. Jos ongelmapelaajalla on hoitosuhde johonkin muuhun yksikköön (esimerkiksi mielenterveystoimistoon), jatkohoitosuhde sovitaan sinne. Yksikköjohtajan mukaan laitoshoidon etuna on sekä suoja pelaamiselta hoidon ajan että tiiviinä pakettina saatavat tietoisuudet pelaamisesta ja riippuvuuksista. Avohoito toimii yksikköjohtajan mukaan kuitenkin ongelmapelaajille paremmin. Sillä kahden viikon hoitojakso harvoin johtaa pelaamisen lopettamiseen, vaikka esimerkiksi omaiset usein olettavat, että jakson jälkeen ongelmia ei enää olisi. Yksikköjohtajan mukaan laitoshoitopaikkoja on Suomessa jo tarpeeksi, sillä Tyynelän ja Kouvolan kuntoutuskeskusten kapasiteetti riittäisi

kyllä suurempiinkin asiakasmääriin. Ongelmana on se, että sekä pelaajilta että viranomaisilta puuttuu tietoa laitoshoidoista, joten tietoa pitäisi lisätä.

## Yhteenveto tuki- ja hoitopalvelujen sisällöistä ja menetelmistä

Taulukkoon 8 on koottu yhteenveto edellä tarkasteltujen (luvut Avohoito ja Laitoshoito) tuki- ja hoitopalvelujen sisällöistä ja menetelmistä.

Rapeli-yhteisöä lukuun ottamatta kaikki hoitoyksiköt tai tukipalvelujen antajat käyttävät hoitomenetelmänä kognitiivis-behavioraalista hoitoa tai siihen liittyvää lähestymistapaa. Monet hoito- ja tukipalvelutahoista mainitsivat rinnalla jonkin muun menetelmän. Esimerkiksi Peli poikki -ohjelmassa ja Sosiaalipedagogiikan säätiössä käytetään myös motivoivaa haastattelua. Useat tahot mainitsivat käyttävänsä ratkaisukeskeisiä menetelmiä (esimerkiksi Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö, Tyynelä, Rapeli-yhteisö). Myös kriisi- ja traumatyöskentelyä käytettiin (esimerkiksi Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö, Kuopion kriisipiste).

Ryhmämuotoiset tapaamiset vaihtelevat kaikissa hoitopaikoissa 8:n ja 12 tapaamiskerran välillä (poikkeuksena laitoshoidon tiiviimmät ryhmäkokoontumiset), jotka usein toteutetaan viikoittain. Ryhmätapaamiset ovat usein avoimia eli niihin voi tulla mukaan lisää peliongelmaisia ryhmän jo toimissa. Ryhmäkokoontumisissa on monesti myös omat, etukäteen tiedossa olevat keskusteluteemansa, jotka tosin vaihtelevat kunkin ryhmän tarpeiden mukaan.

Ryhmien tyypillisiä teemoja ovat pelaamisen edut ja haitat, pelaamisen riskitilanteet, retkahdusten estäminen, velat ja talouden hallinta. Useat tahot toivat esiin myös sen, että ryhmissä on oleellista miettiä sitä, mitä pelaamisen tilalle voisi saada. Eri hoitopaikoissa käytetään erilaisia vaihtoehtoisia ryhmätoimintoja, kuten rentoutus- ja mielikuvaharjoituksia. Eri hoitopaikkojen ryhmäistunnoille on tyypillistä se, että ryhmiin osallistuvat saavat kotitehtäviä, jotka pitää tehdä seuraavaan ryhmätapaamiseen mennessä, jolloin tehtävät puretaan. Yhteistä hoidoille on myös se, että niissä annetaan erilaisia tietoiskuja pelaamisesta ja niissä voi vierailla eri asiantuntijoita esittelemässä aihepiiriä. Eri tukipalveluja ja hoitoyksiköitä koskevasta tutkimusaineistosta ei ole löydettävissä tarkkaa tietoa siitä, minkä verran vakavia mielenterveysongelmia (esimerkiksi masennusta, itsetuhoisuutta) tuli esille ja/tai miten niitä käsiteltiin eri hoitoyksiköissä.

Kaikissa hoitopaikoissa korostetaan vertaisavun tärkeyttä. Usein hoitoihin kuuluu itsehoidon elementtejä, kuten erilaiseen kirjallisuuteen tutustumista. Yhteistä kaikille hoidoille on myös pyrkiminen muutokseen, monet tahot käyttävät tavoitteissaan ja asiakastyön kuvauksessaan termejä muutokseen motivointi ja motivoiva haastattelu. Kaikki edellä kuvattu ryhmien toiminta pohjautuu päihdeongelmallisille tyypillisesti tarjottuun ryhmämuotoiseen hoitomenetelmään, josta se on sovellettu peliongelmaisille. Monille hoitotahoille on yhteistä se, että niissä on

TAULUKKO 8. Yhteenveto tuki- ja hoitopalvelujen järjestämisestä, sisällöistä ja menetelmistä vuoden 2008 loppuun

	Peli Poikki-ohjelma	Sosiaali-pedagogiikan säätiön kuntoutus	Turun Nuorisosema	Kuopion kriisikeskus	Jyväskylän Seudun Päihde-palvelusäätiö	Rapeli-yhteisö	Tyynelä	Kouvola
Ongelma-pelaajien hoito aloitettu	vuonna 2007	vuonna 2007	1990-luvun puolivälissä	2000-luvun alussa	2000-luvun alussa	vuonna 2005	vuonna 1993	1990-luvun alkupuolella
Hoidon luonne	avohoito: yksilötuki	avohoito: ryhmä- ja yksilötuki	avohoito: ryhmä- ja yksilötuki	avohoito: ryhmä- ja yksilötuki	avohoito: ryhmä- ja yksilötuki	laitoshoito: ryhmätuki	laitoshoito: ryhmä- ja yksilötuki	laitoshoito: ryhmä- ja yksilötuki
Hoito-menetelmät	kognitiivis-behavioraalinen	kognitiivis-behavioraalinen	kognitiivis-behavioraalinen	kognitiivis-behavioraalinen	kognitiivis-behavioraalinen	systeminen ratkaisukeskeinen näkökulma	kognitiivis-behavioraalinen	kognitiivis-behavioraalinen
Hoidon kesto	8 viikkoa	ryhmät: 12 viikkoa	ryhmät: 8 viikkoa yksilökäynnit: 10 käyntiä	ryhmät: kerran viikossa yksilökäynnit: 1–5 käyntiä	ryhmät: 8 viikkoa yksilökäynnit: 5–7 käyntiä	ryhmät (yhteisöhoito): 40 % asiakasta 5–9 päivää	3 viikkoa	12 päivää
Hoidossa olleiden tai olevien määrä	yhteensä 18 asiakasta parhaillaan hoidossa 10/2008	31 asiakasta 2/2008 mennessä	18 asiakasta vuonna 2007	40–50 asiakasta vuodessa	50 asiakasta vuonna 2007	18 asiakasta vuonna 2007	30–50 asiakasta vuodessa	1 asiakas vuonna 2007

tähän saakka vain yksi henkilö (tai korkeintaan kaksi) erityisesti perehtynyt peli-ongelmaisille annettavaan yksilöhoitoon ja/tai ryhmien vetämiseen. Näin on Turun nuorisoasemalla, Kuopion kriisikeskuksessa, Kouvolan kuntoutuskeskuksessa ja Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiössä.

Laitoshoidossa, kuten Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskuksessa ja Kouvolan kuntoutuskeskuksessa, ongelmapelaajan kuntoutusjakso on tiiviimpi ja moniaineksisempi. Hoitoon kuuluu yksilö- ja ryhmätapaamisten lisäksi verkostopalaverieja, mahdollisia perhekeskusteluja tai läheisten tapaamisia ja Tyynelässä myös yhteisöhoitoa. Laitoskuntoutuksen tavoitteellisuuden ja tiiviyn piirteitä on myös Rapeli-yhteisön ja Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutuksessa. Näissä paikoissa peliongelmaiset dokumentoidaan monin tavoin. Tyynelässä sekä Sosiaalipedagogiikan säätiössä peliongelmaisille tehdään henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Rapeli-yhteisössä, Sosiaalipedagogiikan säätiössä ja laitoshoidoissa on käytössä tulohaastattelulomake, jossa kysytään tarkasti muun muassa pelihistoriasta, pelaamisesta, hoitotoiveista, ihmissuhteista ja talous-/velkatilanteesta. Rapeli-yhteisössä asiakkaille tehtiin niin sanottu asiakaskortti sekä lähtöhaastattelulomake. Rapeli-yhteisön hoidossa oli paljon muitakin laitoshoidon elementtejä. Rapelissa oli Tyynelän hoidon tavoin aamupäivisin koulutuksellisia ryhmiä ja iltapäivisin muuta yhteisöllistä toimintaa, kuten taideterapiaharjoituksia.

Turun Nuorisoasemaa ja Sosiaalipedagogiikan säätiötä lukuun ottamatta tuki- ja hoitopalveluihin saapuvan on oltava iältään vähintään 18-vuotias. Turun Nuorisoasemalle voivat tulla asiakkaiksi alle 25-vuotiaat, ja Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutus on suunnattu nimenomaan nuorille maahanmuuttajille.

Turun Nuorisoasemaa lukuun ottamatta ongelmapelaajien läheiset otetaan huomioon kaikissa mainituissa tuki- ja hoitopalvelutahoissa.<sup>28</sup> Esimerkiksi Peli poikki -ohjelmassa kysytään läheisten arviota ongelmapelaajan tilanteesta ja siitä miten pelaaminen on vaikuttanut läheiseen. Sosiaalipedagogiikan säätiössä karotetaan läheisten tuen tarve, sinne on tarkoitus perustaa läheisryhmiä ja siellä voidaan käyttää perhe- tai parityöskentelyä rinnakkain muun työskentelyn kanssa, tarkoituksena on vahvistaa läheisten omia voimavaroja parempaan elämään. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön tukipalvelut on tarkoitettu myös pelaajien läheisille, ja esimerkiksi ryhmäkokoonnutumisissa käsitellään pelaamisen vaikutusta läheisiin. Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskuksessa selvitetään myös läheisen kriisitilannetta, ja läheiset voivat myös osallistua hoitoon. Kouvolan kuntoutuskeskuksessa läheisiin pidetään yhteyttä puhelimitse.

28 Esimerkiksi Kuopion kriisikeskuksesta kerrottiin, että läheiset ovat yksi keskeinen kohderyhmä vuonna 2008 alkaneessa hankkeessa, joka toteutetaan yhdessä Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön ja Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskuksen kanssa. Kuopion kriisikeskuksen johtajalta Riitta Hirvoselta saadun sähköpostitiedonannon (2.12.2008) mukaan läheisille tarjotaan tukea kriisityön keinoilla. Tämänhetkisen ajatuksen mukaan tarkoitus on tulevan vuoden aikana käynnistää pelaajien läheisten vertaistukiryhmä, jonka vetäjäksi on ilmoittanut kiinnostuksensa pelaajan läheinen. Toisena vetäjänä toimii ainakin alkuvaiheessa koulutettu tukihenkilö ja/tai kriisityöntekijä. Lisäksi läheiset pyritään ottamaan mahdollisuuksien mukaan kuntoutuvan pelaajan tueksi sellaiseen rooliin, joka sopii läheiselle eikä liiallisesti kuormita tai vastuuta häntä. (Riitta Hirvosen sähköpostitiedonanto 2.12.2008.)

Mikään hoitotaho ei tee asiakkaistaan systemaattista pitkän ajan seuranta. Toisaalta esimerkiksi jokaiselle Peli poikki -ohjelman suorittaneelle lähetetään kuuden ja 12 kuukauden kuluttua ohjelman lopettamisesta jälkitutkimuskysely. Samoin Rapeli-yhteisön hoitajakson käyneille asiakkaille on lähetetty jälkiseuranta-kyselylomake puoli vuotta hoitajakson päättymisen jälkeen. Monet tahot kertoivat myös silloin tällöin ”törmäävänsä” entisiin asiakkaisiinsa tai samat asiakkaat voivat tulla uudelle hoitokerralle. Esimerkiksi Tyynelästä kerrottiin, että monet asiakkaat ovat myöhemmin käyneet viikon mittaisia intervallijaksoja.

Kaikissa tuki- ja hoitopaikoissa sovitaan tai ainakin keskustellaan ongelmapelaajien jatkohoitopaikoista. Esimerkiksi Kuopion kriisikeskuksessa jatkohoidosta sopiminen etenee yksilöllisesti asiakkaiden tarpeiden mukaan, tavoitteena on verkostoitua monitasoisesti paikallisten palveluiden kanssa ja löytää toimivia yhteistyömuotoja, jotta asiakkaan hoitoketju olisi katkeamaton ja mahdollisimman kattava (Kuopion kriisikeskuksen johtajan Riitta Hirvosen sähköpostitiedonanto 2.12.2008). Turun Nuorisoasemalta ja Kouvolan kuntoutuskeskuksesta kerrottiin, että kaikille ongelmapelaajille sovitaan jatkohoitopaikka, useimmiten A-klinikalle.

### Nykytila

Tämän raportin käsikirjoituksen valmistuttua keväällä 2009 maassamme tapahtui ongelmapelaajien hoidossa erittäin merkittäviä käännteitä. Kuten edellä kuvastuu käy ilmi, on ongelmapelaajien laitoshoido Suomessa rakentunut merkittävältä osin Kirkkopalvelujen ylläpitämän Tyynelän kuntoutuskeskuksen varaan ja avohoidon kehittämiseksi A-klinikkasäätiö oli toteuttanut Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksella Rapeli -nimisen yhteisöhoitoon kehittämishankkeen, jota oli edelleen kehitetty yhä tiiviimmäksi ”Poku” toimintakonseptiksi Hietalinna -yhteisössä Helsingissä.

Keväällä 2009 lopetettiin rahoitusvaikeuksien vuoksi Tyynelän kuntoutuskeskuksen toiminta ja samoin käy Hietalinna -yhteisön alkusyksyllä 2009. A-klinikkasäätiön yksiköt voivat vastaisuudessa tarjota Poku-malliin liittyvää koulutusta ja järjestävät tarvittaessa vertaistukiryhmätoimintaa ostopalveluna. Ongelmapelaajien laitospalveluiden osalta A-klinikkasäätiö on valmistautunut kehittämään kuntoutusohjelmia Järvenpään sosiaalisairaalaan toteutettaviksi. Jyväskylän päihdepalvelusäätiön luotsaama Pelissä -hanke kehittää ongelmapelaajien avohoittoa Väli- ja Itä-Suomessa ([www.pelissa.fi](http://www.pelissa.fi)) ja pääkaupunkiseudulla ollaan järjestäytymässä kolmikantayhteistyöhön (kunnat, järjestöt, valtio) ongelmapelaajien avohoidon kehittämiseksi sekä perus- ja erityispalveluiden tukemiseksi pelihaittoihin liittyvissä kysymyksissä.

Helsingissä 9.6.2009

Saini Mustalampi  
Kehittämispäällikkö  
Rahapelihaittojen ehkäisy ja hoito  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

PS. Seuraa palvelurakenteen ja -tilanteen kehittymistä verkkosivustolta [www.thl.fi/pelihaitat](http://www.thl.fi/pelihaitat)

# III

## KYSELYJEN TULOKSET

### 5 Asiantuntijakysely

#### Asiantuntijakyselyyn vastanneet

Ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen kehittämistä koskeva kysely (ks. liite 2) lähetettiin sähköpostitse 56 henkilölle 2.10.2007. Vastausaikaa oli noin viikko (9.10. saakka), johon mennessä vastaus saatiin 20 henkilöltä. Koska vastausprosentti oli ensimmäisessä vaiheessa vain 36, lähetettiin uusi kirje, jossa vastaamatta jättäneitä pyydettiin palauttamaan kysely 15.10. mennessä. Tuohon mennessä kyselyyn vastasi vielä kahdeksan, ja kaksi tutkimukseen mukaan hyväksyttyä vastausta saapui annetun aikarajan jälkeen. Kyselyyn vastasi lopulta 30 henkilöä (vastausprosentti 54). Vastausprosenttia ei tosin voi laskea tarkasti, sillä kutakin vastaajatahoa pyydettiin välittämään kysely organisaatiossaan eteenpäin oikealle/sopivalle henkilölle (ks. asiantuntijakyselyn saatekirje ja uusi pyyntö, liite 2). Siksi ei voi tarkasti sanoa, kuinka moni kyselyn lopultakin sai sähköpostiinsa.

Vaikka tässä arvioinnissa tehdyistä kyselyistä (kuten myös luvussa 6) käytetään nimeä kysely, niin on huomioitava, että kyseessä ei ole varsinaisesti systemaattinen tutkimuksen tiedonkeruu. Kyseessä on enemmänkin kvalitatiivinen ote ja eräänlainen tunnustelu, jossa kyselyllä halutaan hahmottaa ja positoida itse ongelmaa. Oleellista on saada uutta tietoa.

Tässä luvussa tarkastellaan näiden 30 asiantuntijan vastauksia. Ensin esitellään kuitenkin (taulukossa 9) eri vastaajatahot karkeasti jaoteltuna, jotta lukija saa kuvan, mistä eri asiantuntijatahoista vastaajat koostuvat. Yksittäisiä vastauksia raportoituessa ei esitetä vastaajaa eikä vastaajatahoa, jotta vastaajien anonyymiteetti ei vaarantuisi. Seuraavassa käytetään kahdesta eniten vastauksia tulleesta tahosta yksinkertaisuuden vuoksi nimityksiä ”päihdetaho” ja ”pelitaho”. Nimitys ”päihdetaho” tarkoittaa päihdehuollon erityispalvelujen tuottajia, jotka tarjoavat ongelmapelaajille tuki- ja hoitopalveluja päihdepalvelujen ohella. ”Pelitaho” tarkoittaa palvelun tuottajia, jotka tarjoavat erityisesti ongelmapelaajille tarkoitettuja tuki- ja hoitopalveluita ja joissa mahdollisesti on tälle kohderyhmälle suunnattua erityisasiantuntemusta.

TAULUKKO 9. Asiantuntijakyselyyn (N = 30) lokakuussa 2007 vastanneet tahot ja vastanneiden määrät

Vastaajataho	Lukumäärä (N = 30)
”Päihdetaho”: Päihdehuollon erityispalvelutaho, jossa ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluja (A-klinikkasäätiö, Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskus, Hietalinna-yhteisö, Kouvolan A-klinikkatoimi/Kuntoutuskeskus, Helsingin kaupungin itäinen A-klinikka, Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut, A-klinikkasäätiön Turun nuorisoasema, Vantaan kaupungin A-klinikkatyön yksikkö, Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö)	10
”Pelitaho”: Taho, jossa tai jonka organisaatiossa on erikseen ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluja (Stakes, Sosiaali- ja terveysministeriö, Sininauhaliitto, Peluuri, Sosiaalipedagogiikan säätiö, Elämä On Parasta Huumetta ry, RAY)	9
Talous- ja velkaneuvonta ja Takuu-säätiö (esimerkiksi Helsingin kaupungin talous- ja velkaneuvontayksikkö, Vantaan kaupungin talous- ja velkaneuvontayksikkö)	4
Mielenterveyspalveluiden erikoispalvelut (Mielenterveyden keskusliitto, Helsingin kaupungin terveystieteiden psykiatriaosasto)	2
Kriminaalihuolto (Kriminaalihuollon tukisäätiö, Kriminaalihuoltolaitoksen rikosseuraamusvirasto)	2
Muut (Kansanterveyslaitoksen riippuvuushäiriöiden ennaltaehkäisyn ja hoidon yksikkö, Maahanmuuttajien neuvontapiste/Helsingin kaupunki, Kriisikeskus)	3

Asiantuntijakyselyyn vastasi hieman enemmän ”päihdetahojen” (10 vastaajaa) edustajia kuin selkeästi ”pelitahojen” (9 vastaajaa) edustajia. Mukaan saatiin laajalti myös muita ongelmapelaajien parissa työtä tekeviä tahoja, kuten talous- ja velkaneuvonnan edustajia, mielenterveyspalveluiden edustajia sekä Kriminaalihuollon, Kansanterveyslaitoksen, maahanmuuttajien ja Kriisikeskuksen edustajia. Seuraavien kunkin alaluvun loppuun on tehty taulukkomuotoon yhteenvedot tuloksista. Näin lukija voi halutessaan pelkästään yhteenvetotaulukot lukemalla saada nopeasti käsityksen keskeisistä tuloksista.



## Yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien tahojen välillä

Puolet asiantuntijoista oli sitä mieltä, että yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien tahojen välillä sujuu hyvin. He kuvasivat hyvää yhteistyötä usein sanoilla ”myönteistä”, ”luottamuksellista”, ”erinomaista”, ”positiivista”. Monessa vastauksessa tuli kuitenkin esille se, että yhteistyö kuntien kanssa on vähäistä tai kunnat eivät ole kiinnostuneita yhteistyöstä: ”Yhteistyö peliongelman ehkäisyn ja hoidon alueella eri toimijaosapuolten kesken, mukaan lukien pelifirmat, on esimerkillistä. *Heikoin lenkki kunnat.*”; ”...hyvä yhteistyö valtionhallinnon ja järjestöjen kanssa. Kuntien suuntaan yhteistyössä on toivomisen varaa. Kunnat eivät juuri ole osoittaneet kiinnostusta peliongelman hoitoon.”; ”STM:n ja Stakesin kanssa yhteistyö on kiinteää ja toimii, yksittäisten kuntien kanssa yhteistyötä ei juuri ole ollut Helsinkiä lukuun ottamatta...”. Toisaalta yksi asiantuntija oli sitä mieltä, että resurssien puutteesta huolimatta yhteistyötä kuntiin voidaan kehittää ja se on mahdollista:

*”Kuntien kanssa käydyissä neuvotteluissa resurssien rajallisuus oli ilmeistä: rahapeliongelmiin hoito ei saisi aiheuttaa uusia kustannuksia. Suhtautuminen hoidon kehittämiseen on kuitenkin ollut kunnissa myönteistä – ongelma on tiedostettu ja ongelmasta kärsivien tukemiseen tarvitaan tukea. Käytännössä asiakastyötä tekevät kunnan työntekijät olivat joissain kunnan kanssa pidetyissä palavereissa mukana..., ja saivat omakohtaisilla kokemuksillaan helposti kunnanjohtajan suhtautumaan myönteisesti osamisen lisäämiseen olemassa olevien rakenteiden puitteissa. Kunnan ja järjestön kumppanuudelle on tuntunut olevan tilausta.”*

Yhteistyön ja käytäntöjen kehittäminen nähtiin tärkeäksi muutamassa muussakin asiantuntijan vastauksessa: ”Esteitä yhteistyölle ei ole, käytäntöjä tulisi kehittää”; ”Rahapelihaittoihin kytkeytyvien ministeriöiden (STM, MMM, OPM) ja valtionhallinnon kanssa yhteistyötä vähemmän ja siinä kehittämisen varaa.” Yhteistyöstä kertovat vastaukset tuovat myös esille sen, kuinka monia yhteistyötahoja eri toimijoilla voi olla, tässä yksi esimerkki:

*”Teemme yhteistyötä alalla toimivien järjestöjen kanssa, STM:n, RAY ja Stakes. Mape-hanke on verkostoitunut julkisiin palveluihin: sosiaali- ja terveys-, opetus- ja nuorisotoimi ja muut viranomaiset, seurakunnat ja maahanmuuttajat.”*

Asiantuntijoista kolmasosa vastasi, että yhteistyö on vähäistä tai se on vasta alkamassa. Yhteistyön vähäiseksi kokeneiden perusteluissa tulee esille yhteistyön organisoimattomuus sekä kuntatason yhteistyön vähyys: ”Yhteistyötä on jonkin verran A-klinikoiden, kuntien sosiaalitoimen ja Sininauhaliiton kanssa, kokonaisuudessa varsin vähän.”; ”Yhteistyö ei ole organisoitua, yhteistyö on vähäistä.”; ”Yhteistyö on

alkamassa usean eri tahon kanssa.”; ”Yhteistyötä ei ole toistaiseksi juurikaan tullut esiin”; ”Yhteistyötä on hyvin vähän, jos ollenkaan”; ”Kuntatasolla yhteistyötä ei valitettavasti juurikaan ole ollut, kuntien sosiaali- ja terveystoimesta ohjataan melko satunnaisesti *ongelmapelaajia hoitoon*.”

Muutaman asiantuntijan vastausta yhteistyöstä voi luonnehtia kriittiseksi. Yhteistyöstä pääosin kritiikkiä esittäneet vastaukset koskivat ensisijaisesti ongelmapelaajien pompottelua ja toissijaisuutta palvelujärjestelmässä. Erään asiantuntijan mukaan päihde- ja mielenterveystyöntekijät ovat haluttomia puuttumaan peliongelmiin: ”Yhteistyön ongelmana on se, että päihdepuolella eikä mielenterveyspuolella puututa mitenkään peliongelmaan. Jossakin vaiheessa meille on ohjattu peliriippuvaisia päihdehuollon- ja mielenterveyspalveluista. Kuitenkaan meillä ei ole nyt muuta rahoitusta kuin kriisipäivystyksen ostopalvelusopimus, jonka mukaan käyntikertoja voi olla vain 1–5.” Tällaista asiakkaiden pompottelua toimipisteestä toiseen tuli ilmi myös ongelmapelaajien velkoja käsittelevien tahojen vastauksissa: ”Osa vain lähettää meille asiakkaita mentaliteetilla ”tehkää joitain”, vaikka... keinoja ei ole. Asiakkaan pompottamista esiintyy...”. Yhteistyötä koskevissa kriittisissä vastauksissa tuli ilmi ongelmapelaajien toissijaisuus palvelujärjestelmässä:

*”...asiakkaistamme suurin osa on päihderiippuvaisia. Tämä voi osaltaan vaikuttaa siihen, että peliriippuvuus jää usein päihderiippuvuuden varjoon ja näin myös käsittelemättä asiakkaan kanssa. Puhtaasti peliriippuvaisia asiakkaita on täten vähän ja näin ollen myös tietous peliriippuvaisille tarjotuista palveluista sekä tehtävä yhteistyö on ollut todella vähäistä.”*

Toinen yhteistyötä koskeva kriittinen teema koski valtionhallintoa. Sitä kritisoiitiin ongelman salaamisesta ja siitä, ettei se ole ollut tarpeeksi aktiivinen asian suhteen. Näissä vastauksissa nähtiin myös järjestöjen välillä ongelmana yhteistyön toimimattomuus ja keskinäinen kilpailu:

*”Valtionhallinto: Tilanne oli aiemmin ongelmainen, koska peliasioista on pitkään vaiettu julkisuudessa. Kaikki peliongelmaa koskeva tieto oli enemmän tai vähemmän salattua. Tällä hetkellä vuorovaikutus on hieman parantunut. Avoimuutta tarvitaan toki lisää, sillä monista asioista tieto tulee liian tipoittain...Järjestöt: Yhteistyö on ollut aiemmin avoimempaa kuin nykyisin. Järjestöt ovat viimeisen vuoden aikana alkaneet kilpailla siitä, mikä on kunkin toimijan rooli ongelmapelaamiseen liittyen. Valtionhallinto ja RAY ovat osaltaan lisänneet kilpailuasettelmaa luomalla myös ongelmapelaamiseen liittyen kaksinvälisiä neuvottelutilanteita.”*

*”STM on ottanut hiljalleen aktiivisempaa roolia, vaan ei ole vielä mitään juurikaan tapahtunut, muuta kuin heidän Stakes-aktivointi, mikä onkin todella suuri asia....Järjestöt: järjestökentällä aina vaara että yhteistyö ei keskenään toimi. Piirteitä siitä myös tällä saralla...”*

TAULUKKO 10. Yhteenveto kyselyyn vastanneiden asiantuntijoiden (N = 30) yhteistyönäkemysistä ongelmapelaajien parissa työtä tekevien tahojen välillä

Yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien tahojen välillä	
Asiantuntija-kyselyyn vastanneet	<p>Puolet oli sitä mieltä, että yhteistyö sujuu hyvin.</p> <p>Yhteistyö kuntien kanssa on kuitenkin vähäistä tai kunnat eivät ole juurikaan kiinnostuneita yhteistyöstä.</p> <p>Yhteistyön ja käytäntöjen kehittäminen tärkeää.</p> <p>Kolmasosan mukaan yhteistyö on vähäistä tai se on vasta alkamassa.</p> <p>Muutama asiantuntija oli kriittinen yhteistyön suhteen: ongelmapelaajia pompotellaan ja he ovat toissijaisia palvelujärjestelmässä, lisäksi peliongelmista on vaiettu julkisuudessa.</p>

## Riittämättömästi palveluja saavat ongelmapelaajat

Monet eri asiakasryhmät pelaavat ongelmallisesti. Tällaisia ovat esimerkiksi eläkeläiset, opiskelijat, työttömät, päihdeongelmaiset ja mielenterveysongelmaiset. Asiantuntijoiden mukaan mikään ongelmallisesti pelaava ryhmä ei saa Suomessa riittävästi palveluja. Vastaajat toivat esille muun muassa alueellisia ongelmia. Pääkaupunkiseudulla on palveluja, mutta alueilla pelaajat eivät saa oikeanlaista apua. Ongelmapelaajille eivät riitä esimerkiksi pelkästään nettipalvelut, vaan osa heistä tarvitsee myös kasvokkaisen työntekijä–asiakas-suhteen. Jotkut asiantuntijat epäilivät, että kyse on myös siitä, kuinka peliongelmia ei kaikin osin vielä mielletä niin vakavaksi kuin se monella on. Tätä tulkintaa esiintyy asiantuntijoiden mukaan niin ongelmallisilla itsellään kuin palvelujärjestelmässä.

Ongelmana ovat vastanneiden mukaan myös resurssien puutteellisuus, palvelutarjonnan vähäisyys ja hoitoon hakeutumisen korkea kynnyks. Yksi vastaaja toi esille myös peliongelmiaan erikoistuneen hoitoyksikön puutteen:

*”Ongelmapelaajille ei löydy riittävässä määrin palveluja. A-klinikat ovat lähes ainoa palveluntarjoaja. Tällä hetkellä ei ole yhtään ainoastaan peliongelmiaan erikoistunutta hoitoyksikköä. Myöskään eriytyneitä palveluja ei ole saatavilla. Koska ongelmapelaajilla usein, ehkä jopa enemmistöllä on samanaikaisia muitakin ongelmia (päähteet, mielenterveys), heidät tulisi huomioida erikseen myös näitä palveluja tuottavissa yksiköissä.”*

Erityinen ongelmaryhmä muodostuu niistä, jotka eivät tunnista ongelmaansa tai palvelujärjestelmä ei tunnista sitä: ”Yleisenä ongelmana vielä se, ettei henkilö usein tiedosta ongelmaansa ja osaa tuoda sitä palvelutarpeena esille.”; ”Palvelujärjestelmä ei kohtaa heitä. Vaikka päihdeongelmaisella, joka on hoidossa ja kuntoutuksessa, olisikin myös peliongelmia, sitä ei osata kysyä, kiinnittää siihen huomiota, eikä

näin ollen ottaa puheeksi ja kuntoutuksen kohteeksi.” Näitä väliinputoajia tai huonosti apua saavia (tai ei ollenkaan apua saavia) ovat siis toisaalta ne, jotka eivät osaa hakea tai itse kykene hakemaan apua tai eivät tunnista vielä ongelmaansa. Toisaalta haaste ei ole pelkästään näissä ryhmissä, vaan palvelujärjestelmän kyvyssä tunnistaa, puuttua ja ohjata hoitoon. Työntekijöillä ei myöskään aina ole tarpeeksi tietoa aihepiiristä:

*”Koska työntekijät eivät tunnista peliongelmaa, niin on vaikea arvioida ilmiön laajuutta. Uskon, että osa ei saa palveluja. Esimerkiksi nuorisotoimessa on jo herätty peliriippuvuus- ja nettiriippuvuusongelmaan, mutta työntekijöillä ei ole riittävästi koulutusta ja työvälineitä asiakkaiden kanssa työskentelyyn.”*

Asiantuntijoiden mukaan moniongelmaiset ovat yksi erityinen ryhmä, joka ei saa riittäviä eikä oikeanlaisia palveluja erityisesti siksi, että heidän peliongelmansa jää helposti muiden ongelmien varjoon:

*”Kaikkien moniongelmaisten kohdalla peliongelmaa tarkastellaan ”vähemmän tärkeänä” ongelmana, vaikkei näin välttämättä ole. Jos peli- ja päihdeongelmaiselle asiakkaalla on myös mielenterveydellisiä ongelmia, kokonaistilanne jää helposti liian vähälle huomiolle.”*

*”Moniongelmaiset ovat palvelujen saannissa tässäkin väliinputoajia, koska tarvitsisivat kokonaisvaltaista tukea – ei vain yhden luokun palveluja.”*

Myös mielenterveysongelmaiset mainittiin erityisen vaikeasti hoidettavana ryhmänä. Eräs vastaaja koki mielenterveysongelmaisten hoidon tuloksettomaksi, koska hänen mukaansa mielenterveysongelmaisiin ”ei saa mitään otetta”. Mielenterveysongelmaisille todettiin olevan myös vaikea löytää sopivaa hoitoyksikköä peliongelmissa:

*”Tunnen mt-väen ja voi sanoa, ettei mitkään palvelut oikein aina toimi. Silloin pelaaminen voi muodostua harmitonta viihdettä ”riipputtavammaksi”.*

Eräiden asiantuntijoiden mukaan yksi helposti avun ja hoidon ulkopuolelle jäävä ryhmä muodostuu niistä, jotka eivät halua hakea apua A-klinikoilta. A-klinikan ongelmallisuutta tuen ja avun tarjoajana kuvattiin kynnyksenä niille, joilla ei ole päihdeongelmaa.

*”Työkokemukseni perusteella näen osin pulmallisena peliongelmiensa hoidon tiiviin linkittymisen päihdehoitoon. Toki päihde- ja peliongelmat esiintyvät usein yhdessä, mutta minne hakeutuvat ne ongelmapelaajat, joilla ei ole päihdeongelmia? A-klinikan kynnys saattaa olla heille liian korkea.”*

Yksi asiantuntija näki ydinkysymyksenä sen, että hoidon tulisi olla järjestetty vain ja ainoastaan ongelmapelaajille. A-klinikat nähtiin toissijaisena ongelman hoitopaikkana. Peliongelma ei siis saa olla päihdeongelman sivutuote, joka mahdollisesti tulee esiin A-klinikoilla:

*”...ulkomaiset tutkimukset osoittavat, että peliriippuvaiset kiinnittyvät hoitoon huonosti, jos kokevat, että palvelu/hoito ei ole heille ensisijaisesti järjestetty. Tämä myös nyt ja tulevaisuudessa A-klinikoiden ongelma jos eivät selvästi profiloidu myös ongelmapelaajien paikaksi.”*

Riittämättömästi palveluja saavina ryhminä mainittiin myös internetiä käyttämättömät eläkeläiset tai ikäihmiset, nuoret, maahanmuuttajat ja kehitysvammaiset. Eläkeläisiä luonnehdittiin ongelmapelaajaryhmäksi, joka on ollut lähes kokonaan laitostuntoutuksen ulkopuolella ja joka ei osaa käyttää nettiä ja siksi ei saa palveluja. Nuorten peliriippuvuuden havaitseminen todettiin vaikeaksi, samoin heidän ohjaamisensa tarvittavien palvelujen piiriin: ”Suurin ryhmä, jota palvelut eivät tavoita, ovat nuoret aikuiset (17–30-vuotiaat), joilla pelaaminen on todellinen ongelma. Heidän auttamisekseen tulisi kehittää liikuteltava avohoitajärjestelmä.” Kehitysvammaiset mainittiin erityisryhmänä, joka vaatii oman lähestymistapansa:

*”Kehitysvammaisten kohdalla normaalit varsin kognitiiviset hoito-ohjelmat eivät toimi. Yhdessä Vaalijalan kuntoutuskeskuksen kanssa teimme oppaan Viimeiseen centtiin (julk. Sininauhaliitto/A-klinikkasäätiö) kehitysvamma-alan työntekijöille ja kehitysvammaisten läheisille.”*

Kahdessa vastauksessa ei tuotu pelkästään esiin ongelmaryhmiä, vaan esitettiin kehittämisehdotuksia tilanteen parantamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toisessa ratkaisuksi nähtiin tiedon lisääminen, peliongelman tunnistaminen, puheeksi ottaminen ja hoitoonohjaus ja toisessa ”hoitoa kevyemmät ratkaisut”:

*”Avomuotoisten lähipalvelujen tarjontaa tulisi voimakkaasti lisätä, valmiuksia vahvistaa niin päihdehuollon kun myös mielenterveyshuollon palveluyksiköiden työntekijöille. Samoin osaamista tulee vahvistaa niin sosiaalihuollon kun myös terveyshuollon peruspalveluissa sekä työterveyshuollossa peliongelman tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja hoitoon ohjaukseen liittyen.”*

*”On varmaan (ongelmaryhmiä), mutta ei kai voida olettaakaan, että kaikki erikoisryhmät saisivat erityispalveluita tämänkokoisessa maassa. Palveluräätälöinti lieene mahdollista vain jos laitoshoidon kevyemmän asteen ”terapeuttinen tuki” saadaan aikaiseksi. Laitoshoidon ei tätä juttua todellakaan ratkaise – peli on 24/7 arjessa, sieltä pitää löytää myös enemmän hoidollisiakin kevyempiä ratkaisuja”.*

TAULUKKO 11. Yhteenveto kyselyyn vastanneiden asiantuntijoiden (N = 30) näkemyksistä riittämättömästi palveluja saavista ongelmapelaajaryhmistä

Riittämättömästi palveluja saavat ongelmapelaajat	
Asiantuntija-kyselyyn vastanneet	<p>Mikään ongelmallisesti pelaava ryhmä ei saa riittävästi palveluja. Pääkaupunkiseudulla on palveluja, mutta alueilla pelaajat eivät saa oikeanlaisia palveluja.</p> <p>Ongelmana ovat myös resurssien puutteellisuus, palvelutarjonnan vähäisyys ja hoitoon hakeutumisen korkea kynnyks.</p> <p>Erityinen ongelmaryhmä muodostuu niistä, jotka eivät tunnista ongelmaansa tai palvelujärjestelmä ei tunnista sitä.</p> <p>Moniongelmaisten peliongelma jää helposti muiden ongelmien varjoon.</p> <p>Mielenterveysongelmaisille on vaikea löytää sopivaa hoitopaikkaa peliongelmissa.</p> <p>Kaikki eivät halua hakeutua A-klinikoille ja he jäävät siksi helposti vaille apua.</p> <p>Riittämättömästi palveluja saaviksi ryhmiksi mainittiin myös internetiä käyttämättömät eläkeläiset tai ikäihmiset, nuoret, maahanmuuttajat ja kehitysvammaiset.</p> <p>Kehittämiskohteina tuotiin esiin tiedon lisääminen, peliongelman tunnistamisen, puheeksi ottamisen ja hoitoonohjauksen kehittäminen sekä varsinaista hoitoa kevyemmät ratkaisut.</p>

## Ongelmapelaajien läheisten huomioon ottaminen palveluissa

Puolet asiantuntijoista vastasi yksiselitteisesti, että ongelmapelaajien läheisiä ei ole mitenkään otettu palveluissa huomioon tai että heille ei ole palveluja lainkaan. Monet asiantuntijat toivat tämän esille vakavana ongelmana.

Kolmasosa asiantuntijoista oli sitä mieltä, että läheisiä oli otettu palveluissa huomioon jonkin verran, mutta ei riittävästi. He katsoivat, että auttava puhelin Peluurissa otetaan läheiset huomioon. Samoin A-klinikoiden avohoitoon otetaan vastaajien mukaan myös omaisia. Muiden tahojen ei todettu kiinnittävän riittävästi huomiota läheisiin. Seuraava sitaatti tiivistää hyvin asiantuntijoiden näkemykset läheisten asemasta palveluissa:

*”Ei riittävästi ja huomioimisessa eroja. Läheiset palveluissa korostuneesti tukemassa pelaajaa, heidän omiin tarpeisiinsa ja tukemiseen ei ole tarpeeksi kiinnitetty huomiota.”*

Myöskään laitoshoidossa ei läheisiä asiantuntijoiden mukaan aina oteta riittävästi huomioon:

*”Avohoidon ohessa on palveluja (ryhmiä) myös omaisille. Laitoshoidosta voin vastata vain oman yksikköni puolesta – resurssit eivät riitä omaisten tukemiseen satunnaisia puhelinkeskusteluja lukuun ottamatta”; ”Oma kokemukseni on, että ongelmapelaajien läheisiä kohdataan jossakin määrin laitoskuntoutuksen yhteydessä, ei riittävästi.”*

Joissakin hoidon kehittämisohjelmissa läheiset ovat myös mukana, mutta niissäkään ei riittävästi:

*”Tuntuma on, että kovin heikosti on huomioitu. Poikkeuksena kuitenkin jo hoito-ohjelmassa mukana olevat, joiden läheiset pyritään ainakin hoidon jossain vaiheessa huomioimaan ja ottamaan kuntoutukseen mukaan. Peruspalvelut eivät ilmeisesti juuri ko. ryhmää tavoita/palvele.”*

*”Avauksia on tehty, muun muassa Rapeli-yhteisö, ja Peluurin suunnitelmista aktivoituminen tähän suuntaan. On vielä paljon tehtävissä.”*

*”Ei varmastikaan riittävästi. Omassa toiminnassamme tarjoamme tarvittaessa tukea myös läheisille sekä yksilötapaamisten että perheterapian muodossa. Ehkä olisi hyvä, jos läheisille olisi tarjolla myös ohjattuja vertaisryhmiä.”*

Yhdessä vastauksessa asiantuntija kertoi, että läheiset otetaan heillä erikseen huomioon: ”Meillä on. Säätiön kuntoutukseen liittyy aina myös läheisten kuntoutusprosessi.” Yksi asiantuntija toi esille, että hän oli kokenut hyvänä työvälineenä oppaan ongelmapelaajien omaisille ja läheisille (2005), koska se sisältää asiallista tietoa ja vinkkejä heille.

TAULUKKO 12. Yhteenveto kyselyyn vastanneiden asiantuntijoiden (N = 30) käsityksistä läheisten huomioon ottamisesta palveluissa

Ongelmapelaajien läheisten huomioon ottaminen palveluissa	
Asiantuntija-kyselyyn vastanneet	<p>Puolet asiantuntijoista vastasi, että läheisiä ei ole otettu mitenkään palveluissa huomioon tai heille ei ole palveluja lainkaan.</p> <p>Kyse on vakavasta puutteesta.</p> <p>Kolmasosa vastasi, että läheisiä on otettu huomioon jonkin verran, mutta ei riittävästi.</p> <p>Läheiset ovat palveluissa tukemassa pelaajaa, mutta heidän omiin tarpeisiinsa ja tukemiseen ei ole tarpeeksi kiinnitetty huomiota.</p> <p>Läheisiä ei aina oteta huomioon myöskään laitoshoidossa.</p> <p>Hoidon kehittämisohjelmissa läheisiä on ajateltu.</p> <p>Yhteen kuntoutusohjelmaan liittyi myös läheisten kuntoutusprosessi.</p> <p>Opas ongelmapelaajien läheiselle todettiin hyväksi.</p>

## Tuki- ja hoitopalvelujen rahoituksen toimivuus

Suurin osa asiantuntijoista oli sitä mieltä, että tuki- ja hoitopalvelujen rahoitus toimii huonosti tai sattumanvaraisesti. Tuki- ja hoitopalvelujen rahoituksella asiantuntijat viittasivat lähinnä maksusitoumusten saantiin laitoshoidolle, sillä maksusitoumuksilla ei ole merkittävää osaa hoidon tapahtuessa esimerkiksi A-klinikoiden avopalveluissa. Ne jotka vastasivat rahoituksen toimivan huonosti, kuvasivat tilannetta vaikeaksi ja heikosti toimivaksi. Yksi kuvasi sitä näin: ”Työkokemuksestani päihdehuollosta tiedän maksusitoumusten saamisen olevan liki toivotonta, jos peliongelma on asiakkaan pääongelma”.

Yksi vastaaja peräänkuulutti tuki- ja hoitopalvelujen kustannusten jakoa myös pelien järjestäjille sekä hoitostrategioiden selvittämistä: ”Onko kunnan kustannettava nämä kaikki? Olisiko myös pelien järjestäjien otettava vastuuta maksuista? Kantamme on, että kyllä, vastuu kustannuksista on jaettava. Maksusitoumukset on aina harkittavia, eivät tule automaattisesti. Nyt Vantaalta puuttuu *ongelmapelaajien hoitostrategia*. Asiakkaalle ei ole selvää hoitopolkua olemassa. Hoitopolku voitaisiin järjestää koko pääkaupunkikeskeisesti. Pääkaupungin Socca-hanke työstää asiaa pääkaupunkiseudun päihdestrategiaan.” Yksi vastaaja ei nähnyt ongelmaksi rahoitusta, vaan suurin este oli hänen mukaansa päihdehuollon avohoitoyksiköiden hoitojonot.

Rahoituksen sattumanvaraisuudella tarkoitettiin sitä, että rahoitus ei toimi tasaisesti alueellisessa suhteessa. Rahoitus riippuu liikaa yksittäisistä työntekijöistä ja eri kuntien toimintapolitiikoista:

*”Rahoitus toimii hyvin satunnaisesti. Silloin kun sosiaalityöntekijä oivaltaa ongelman vakavuuden hän saattaa antaa maksusitoumuksen.”*

*”Maksusitoumusten saaminen kunnilta pelaajien laitoshoitoon vaihtelee kunnittain. Jotkin kunnat myöntävät sitoumuksia helposti, jotkut eivät lainkaan. Laitospaikkakyselyjen määrä verrattuna hoidettujen määrään on tietenkin suurempi – en osaa sanoa mikä merkitys kuntien halukkuudella myöntää maksusitoumuksia on, koska en tiedä mistä syystä paikkakyselyt jäävät kyselyasteelle.”*

Sattumanvaraisuuteen liittyväksi ongelmaksi asiantuntijat näkivät myös sen, että kuntien tukeen ja hoitoon myöntämät rahat ovat aivan liian pieniä: ”Käsitykseni on, että maksusitoumuksia usein vaikea saada. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla päihdehuollossa rajattu ostopalvelut minimiin, mikä vaikeuttanut entisestään hoitoon pääsyä eikä esimerkiksi sosiaalityöntekijällä ole valtaa tehdä itse päätöksiä hoitoon sijoittamisesta...”. Asiakkaan hoitoon pääsy häiritsivät vastaajien mielestä myös kuntien tiedon puute peliongelmistä ja negatiivinen asenne ongelmapelaajia kohtaan. Ongelma oli myös se, että Kela-korvausten puute esti yksittäisten palvelujen käyttöä.



Muutama asiantuntija totesi rahoituksen toimivan hyvin. He kuvasivat tilan-  
netta laitoshoitoon maksusitoumuksen jo saaneiden näkökulmasta. Ongelmana  
olivat kuitenkin Kelan linjaukset, joka vaihtelevat alueellisesti ja riippuvat käsitteli-  
jästä eri paikallistoimistoissa:

*”Asiakkaamme ovat saaneet varsin hyvin kuntien maksusitoumukset kun-  
toutusjaksoille. (Tosin meillä ei välttämättä ole tietoa niistä hoitoon pyrki-  
neistä, jotka eivät ole saaneet sitoumusta.) Asiakkaiden sairauspäiväraho-  
jen ja kuntoutusrahojen kohdalla on sen sijaan ollut joissakin tapauksissa  
ongelmia. Kelan paikallistoimistot tekevät itsenäisiä päätöksiä ja linja Ke-  
lan toimistoissa vaihtelee.”*

*”Nähdäkseni Jyväskylän ja JKL maalaiskunnan asiakkaiden kohdalla ei  
ole maksusitoumuskysymyksissä ongelmapelaajien kohdalla ollut riippu-  
vuuden lajista sinällään johtunutta ongelmaa. Maakunnasta en osaa sa-  
noa asiasta tarkempaa.”*

*”Rahoituksessa paikkakuntakohtaisia ongelmia. STM ei ole päässyt asiassa  
käsittääkseni eteenpäin Kelan kanssa.”*

TAULUKKO 13. Yhteenveto tuki- ja hoitopalvelujen rahoituksesta kyselyyn vastanneiden  
asiantuntijoiden (N = 30) mukaan

Tuki- ja hoitopalvelujen rahoitus	
Asiantuntija- kyselyyn vastanneet	Tuki- ja hoitopalvelujen rahoitus toimii joko huonosti tai sattumanvarai- sesti. Rahoitustilanne on vaikea ja heikosti toimiva. Rahoitus ei toimi yhteneväisesti alueellisesti eikä yksittäisten maksusi- toumuksia myöntävien työntekijöiden osalta. Kuntien tukeen ja hoitoon varaamat rahat ovat aivan liian pieniä. Ongelmana myös se, että Kelan paikallistoimistot tekevät itsenäisiä ra- hoituspäätöksiä ja linja Kelan toimistoissa vaihtelee.

## Palvelujen organisointi ja toimivuus

Asiantuntijoiden mukaan palvelujen organisoinnissa on alueellisesti hyvin suuria  
eroja tai palveluja ei ole lainkaan. Monet totesivat, että pääkaupunkiseudulla on  
eniten palveluja, mutta niiden organisointi on heikkoa. Alueelliset palvelut nähi-  
tiin sattumanvaraisina ja hajanaisina: *”Alueellisesti palvelujen organisointi ja saata-  
vuus vaihtelee olemattomasta tyydyttävään. Hyvää arvosanaa en antaisi millekään  
alueelle tai kunnalle”; ”Toimivuus vaihtelee paljon, mutta erityisen hyvin toimivia  
alueita lieene käytännössä vain muutamia”; ”Sattumanvaraista toimintaa”; ”Toimin-  
ta on mielestäni liian hajallaan, toimijoita on vähän ja heillä ei ole riittävästi tietoa*

*toisistaan”; ”Hoitamatta lähes kokonaan”; ”Ovat erittäin puutteelliset.”; ”Se on vielä hajanaista ja koordinoimatonta”; ”Julkisissa palveluissa ei ole vielä tietoa ja taitoa tunnistaa näitä asiakkaita, palvelut ovat sattumanvaraisia.”*

Palvelujen suurien erojen nähtiin johtuvan muun muassa palveluntuottajien omista intresseistä ja pitkistä välimatkoista:

*”Vaihtelee vahvasti; pääkaupunkiseudulla enemmän palveluja, muutoin palveluntuottajien omien intressien mukaan (Turku/nuorisoasema, Kouvola, Tyynelä).”*

*”Suuria alueellisia eroja. Esimerkiksi Jyväskylän alueella palvelut on organisoitu paremmin ja ongelmapelaajille järjestettävät palvelut sisältyvät käsitteekseni päihdepalvelusäätiön ostopalvelusopimukseen. Pääkaupunkiseudun ulkopuolella pitkät välimatkat ovat ongelma. Pääkaupunkiseutu on paremmassa asemassa sikäli, että hoidon kehittämishankkeiden myötä palveluja on ollut enemmän tarjolla, toisaalta pitkä välimatka laitospalveluihin tuottanut ongelmia myös pääkaupunkiseudulle.”*

Alueelliset palvelujen organisoinnin erot nähtiin myös kansalaisten eriarvoisuuskysymyksenä: ”Toimii joillain alueilla paremmin kuin toisilla. Kansalaisten eriarvoisuus on tässä kohden räikeä. Ihmisen asuinkunta vaikuttaa kohtuuttomasti hänen saamaansa apuun.” Osa asiantuntijoista toi esille sen, että palveluiden kehittämisessä ja jo pelkästään peliongelman puheeksi otossa on kuntatasolla paljon tehtävää.

Monessa palvelujen alueellista organisointia ja toimivuutta koskevassa vastauksessa sivuttiin A-klinikoita. Osassa vastauksia niiden palveluja pidettiin sattumanvaraisina ja huonosti resursoituina. Osassa tyydyttiin vain toteamaan, että A-klinikoilla on tiettyjä palveluja ongelmapelaajille: ”A-klinikat toimivat satunnaisesti tämän asian ympärillä”; ”Nihkeää, A-klinikoilla ei tarvittavia resursseja eivätkä pelaajat halua mennä päihdeongelmaisten hoitoihin”; ”Ei ole olemassa mitään alueellista organisointia; eri tavoin aktiivisia A-klinikoita ja järjestöjen tuottamia palveluita joillakin paikkakunnilla”; ”Helsingissä kaikki alueelliset A-klinikat ottavat vastaan ongelmapelaajia. Helsingissä on myös GA-ryhmiä ja A-klinikkasäätiön ylläpitämää Rapeli-toimintaa”; ”Alueen A-klinikat palvelevat myös ongelmapelaajia.”

Kun asiantuntijoilta kysyttiin palvelujen **valtakunnallista** organisointia ja toimivuutta, monet mielsivät ja kuvasivat ensisijaisesti Peluurin ja sen nettipalvelun valtakunnalliseksi palveluksi: ”Merkittävä valtakunnallinen palvelu on auttava puhelin Peluuri, jolla on jo vakiintunut asema, joka tuottaa myös aiheeseen liittyvää tietoa. Uutena avauksena ”nettiterapia”, hieno kokeilu”; ”Peluuri-palvelun olen kokenut hyvänä, se tunnetaan ja se tavoittaa melko hyvin kohderyhmään kuuluvia.”

Osa asiantuntijoista kuvasi laitospalvelut ja Stakesin valtakunnallisiksi palveluiksi. Stakesin asema nähtiin merkittäväksi tulevaisuudessa muun muassa tiedon

keruussa, alan tutkimuksen toteuttajana ja koordinoijana. Laitospaikoista erityisesti Tyynelää pidettiin hyvänä ja toimivana valtakunnallisena laitoshoitopaikkana. Yksi asiantuntija toi esille sen, että vain pelaajille tarkoitettuja matalan kynnyksen pieniä paikkoja tarvittaisiin.

Noin kolmasosa asiantuntijoista esitti kritiikkiä palvelujen valtakunnallisesta organisoinnista ja toimivuudesta. Sen nähtiin olevan sattumanvaraista ja heikkoa. Kritiikkiä palvelujen valtakunnallisesta organisoinnista ja toimivuudesta esitettiin neljästä eri näkökulmasta. Ongelmina pidettiin kuntien liian itsenäistä päätösvaltaa, palvelujärjestelmän eriytyneisyyttä sekä palvelujen organisointiongelmia ja koordinaatiokysymyksiä. Seuraavaksi kustakin näistä teemoista tuodaan esille yksi osuva sitaatti, joka kiteyttää ongelman:

*”Kuntien velvollisuus palveluiden järjestämiseen lähtee perustuslaista. Kunnat ovat itse saaneet päättää miten palvelut järjestävät. Monesti aiheesta ei ole ollut riittävästi tai ollenkaan keskustelua tai päätöksiä, mikä osaltaan vaikuttanut kentän hajanaisuuteen.”*

*”Suuri aukko löytyy palvelujen dualistisesta jakautumisesta. Kunnallinen talous- ja velkaneuvonta sekä Takuu-Säätiön toiminta keskittyvät talouden kuntoon saattamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät puolestaan asiakkaiden kokemusmaailmojen tarkasteluun. Edellä oleva on tietysti kärjistys, mutta käsittääkseni velat ovat sekä rahaa että kokemuksia. Nyt eriytyneiden palveluiden välistä yhteistyötä tulisi voimakkaasti kehittää.”*

*”Valtakunnallisesti ongelmapelaajien palvelujärjestelmää ei tällä hetkellä organisoi kukaan eikä sitä sellaisena myöskään ole.”*

*”On koordinoimatonta. Palvelut ovat kehittyneempiä keskuksissa, reuna-alueilla tilanne on huomattavasti heikompi. Poikkeuksia saattaa muodostaa joidenkin vahvojen persoonallisuuksien toiminta näiden palvelujen kehittämiseksi. Lisäksi uskon kulttuuristen erojen maan sisällä vaikuttavan siihen miten peliongelmaan ja sen hoitoon suhtaudutaan.”*

Ongelmaksi nähtiin myös se, että ongelmapelaajat ovat hoidossa toissijaisia tai heihin sovelletaan toissijaisia hoitoja, ja osa heistä voi myös joutua kokemaan pallottelua hoitopaikasta toiseen: ”Hoitoon hakeutuminen ei liene kovin korkeaa. Toiminnalliset riippuvuudet ovat volyymiltään mitä ilmeisimmin kemiallisten riippuvuuksien varjossa”; ”Meillä on käsitys, että ongelmapelaajiin sovelletaan alun perin muiden erityisryhmien tarpeisiin kehitettyjä hoitoja, jotka eivät välttämättä vastaa pelaajan ongelman kokonaistarpeeseen”; ”On alueita, joissa asiat ovat vasta alullaan ja ongelmasta on ryhdytty puhumaan. Organisointia ja koulutusta ei ole ollut valtakunnallisesti. Useat asiakkaat saattavat käydä yksi useiden vuosien piinan läpi ja pallottelun eri hoitopisteissä ilman, että ongelmapelaamista olisi käsitelty.”

Palvelujen valtakunnallisen organisoinnin ja toimivuuden osalta yksi vastaus poikkesi oleellisesti muista. Vastaja korosti jalkautuvan työn tärkeyttä ongelmapelaajien hoidossa:

*”Luonnollisesti syrjäseudulla apu on kauempana kuin isoilla paikkakunnilla. Internet voi ratkaista ongelman vain osin. Palvelurakennemuutos voi tuoda tähän ratkaisun, vaikka etäisyydet jäävät Suomessa väkisin aina pitkiksi. Lapissa ainakin yksi ihminen (Reino Poikela Rovaniemeltä) on kiertänyt laajalla alueella eri kunnissa hoitomassa ongelmapelaajia. Tällainen laajalti jalkautuva malli voisi olla toimiva tässä ongelmassa: ei voida odottaa, että ongelmaiset matkustavat saamaan hoitoa isoon hoitokeskitymään, vaan on parempi kuljettaa apu heidän luokseen. Tämä edellyttää tietysti kuntien ja Kelan maksuvalmiutta.”*

TAULUKKO 14. Palvelujen organisointi ja toimivuus sekä alueellisesti että valtakunnallisesti asiantuntijakyselyyn vastanneiden (N = 30) mukaan

Palveluiden organisointi ja toimivuus alueellisesti ja valtakunnallisesti		
	Alueellinen toimivuus ja organisointi	Valtakunnallinen toimivuus ja organisointi
Asiantuntijakyselyyn vastanneet	<p>Alueellisesti hyvin suuria eroja tai palveluja ei ole lainkaan.</p> <p>Pääkaupunkiseudulla eniten palveluja, mutta palvelujen organisointi heikkoa.</p> <p>Alueelliset palvelut sattumanvaraisia ja hajanaisia.</p> <p>Erot johtuvat mm. palveluntuottajien omista intresseistä.</p> <p>Kansalaiset eriarvoisessa asemassa.</p> <p>Myös A-klinikoiden palvelut sattumanvaraisia ja resurssit puutteellisia.</p>	<p>Valtakunnallisesti palvelut sattumanvaraisia ja heikkoja.</p> <p>Ongelmina kuntien liian suuri päätösvalta, palvelujärjestelmän eriytyneisyys, palveluiden organisoinnin ja koordinoinnin puute.</p> <p>Ongelmapelaajat ovat hoidossa toissijaisia ja voivat kokea pallottelua hoitopaikasta toiseen.</p> <p>Valtakunnallisiksi palveluiksi nimettiin Peluuri ja sen nettipalvelut, laitoshoitoyksiköt ja Stakes.</p>

## Kunnallisten peruspalvelujen asema tällä hetkellä ja tulevaisuudessa

Asiantuntijat näkivät tyypillisimmin peruspalvelujen aseman ongelmapelaajien palvelujen järjestämisessä olemattomaksi tai heikoksi. Moni ei osannut sanoa asiasta mitään. Peruspalvelujen heikkoa tai olematonta merkitystä kuvattiin muun muassa ongelmien tunnistamisvaikeuksina, hoitoon ohjaamisen vaikeuksina, peliongelman vähättelynä ja yksittäisistä henkilöistä riippuvina: ”Rooli olematon, koska tietoni mukaan peliongelmaa ei tunnisteta peruspalveluissa”; ”Pitäisi kai olla

tunnistamisessa, osin hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitoonohjauksessa, mutta useimmilla paikkakunnilla asiaa ei ole huomioitu mitenkään”; ”Kysyntä ei vastaa tarjontaa, ei tunnisteta”; ”Ilmeisen heikko ja pelottavan kirjava. On kuntia, jotka eivät ota peliongelmaa vakavasti”; ”Jälleen olettamus: eivät juuri kiinnitä huomiota”; ”Oireiden ja jo kriisiytyneen elämäntilanteen paikkaamista. Tulee joskus liian myöhässä”; ”Ei hyvä, ei ole oikeastaan rakennettu mitään roolia – siinä ongelma”; ”Vähäinen, alueittaisia eroja paljon. Riippuu yksittäisistä henkilöistä”; ”Kunnat eivät ole juurikaan panostaneet ongelmapelaajien palveluihin”; ”Kunnat eivät ota vastuuta”; ”Ei juuri ollenkaan roolia, ei ole jatkohoitopaikkaa minne lähettää”.

Muutamissa vastauksissa peruspalvelujen asema nähtiin muihin palveluihin ohjaavana: ”Ohjaa lähinnä eteenpäin jos sitäkään. Tietääkseni peruspalveluissa ei juuri tukea ja palveluja tarjota eikä ole riittävästi tietoa pelihaitoista”; ”Lähinnä hoitopalveluihin ohjaava – palvelujen ostaja”; ”Peruspalvelut ohjaavat ongelmapelaajat erityispalveluihin”. Yksi vastaaja näki kunnallisten peruspalvelujen aseman tärkeäksi ja myös hän käsitti kunnan tehtävän muihin palveluihin ohjaavaksi: ”Tärkeä rooli. Ohjaus muihin kunnallisiin palveluihin, A-klinikalle, ehkäisevän päihdetyön yksikköön ja niin edelleen”.

Asiantuntijat näkivät peruspalvelujen merkityksen **tulevaisuudessa** entistä tärkeämmäksi ensisijaisesti peliongelmiin tunnistajana, puheeksi ottajana ja avo- tai laitoshoidon ohjaajana. Kaksi seuraavaa tulevaisuudenskenaariota koskevaa vastausta ovat tyypillisiä asiantuntijoille: ”Osataan tunnistaa ja tukea ja ohjata hoitoon”; ”Peruspalvelujen rooli on tulevaisuudessa keskeinen. Tämä ongelma tulee kohdattavaksi ja käsiteltäväksi osana muuta palvelujärjestelmää, ilmiön ymmärryksen ja puheeksi oton on yleistyttävä; tämä ongelma ei vaadi raskasta hoitokettua vaan nämä pienet puuttumiset ja ohjaus voivat auttaa.” Yksi asiantuntija pohti mahdollista mini-intervention käyttöä tulevaisuudessa:

*”Toiveena olisi, että peruspalvelujen rooli lisääntyisi siten, että peliongelma tunnistettaisiin paremmin ja varhainen puuttuminen sekä hoitoonohjaus tehostuisivat. Mitenkähän olisi ”mini-intervention”<sup>29</sup> käyttö peruspalveluissa myös peliongelman ollessa kyseessä?”*

Monet asiantuntijat halusivat tulevaisuudessa peruspalveluihin enemmän tietoa ja koulutusta ongelmapelaajista ja -pelaamisesta. He halusivat, että sosiaali- ja terveys-, opetus- sekä nuorisotoimen työntekijöitä koulutettaisiin laajasti. Tiedon lisäämisessä ja koulutuksessa painotettiin ongelmien varhaista tunnistamista sekä ennaltaehkäisyä: ”Peruspalvelujen roolin pitäisi olla tulevaisuudessa suuri – tietoa löytyy ja varhainen tunnistaminen on levinnyt terkkareihin, sossuihin, velkaneuvontaan yms. toivottavasti!”; *”Ennaltaehkäisy ja oikean tiedon antaminen: koulut, terveysneuvonta ja -kasvatus, työterveyshuolto”*; ”Sosiaali- ja terveydenhuollon

29 Mini-interventiolla tarkoitetaan sitä, että jokaiselta tiettyjen peruspalvelujen piiriin tulevalta asiakkaalta kysyttäisiin myös mahdollisista peliongelmaista. Tällaista mini-interventiota on käytetty esimerkiksi päihdeongelmista kysyttäessä.

peruspalveluiden on otettava vahvempi rooli erityisesti varhaisen puuttumisen näkökulmasta”; ”Peruspalveluilla oltava riittävästi osaamista pelihaitoista. Myös ehkäisyssä roolia on vahvistettava tukemalla vastuulliseen pelaamiseen ja riskeistä tiedottamiseen.” Osa vastaajista halusi peruspalvelujen tulevaisuudessa myös selvittävän vain lievempiä ongelmia, vakavampien jäädessä erikoistuneille palveluille. Kuntoutusta ja hoitoa haluttiin myös koko perheelle, jota ongelmapelaaminen koskettaa.

Osa asiantuntijoista oli sitä mieltä, että valtiovallan tulisi paitsi selvittää ilmiön laajuutta myös ohjeistaa kuntia hoidon järjestämisessä. Ohjeistuksessa tulisi myös ottaa selkeästi kantaa siihen, minkä lainsäädännön perusteella kunnat toimivat järjestäessään mahdollisesti palveluja. Valtiovallan tulisi myös osoittaa hoidon kehittämiseen määrärahoja: ”Tulisi ehdottomasti ottaa vastuulleen siten, että valtio korvamerkitsee tähän riittävän resurssin.” Yksi vastaaja näki peruspalvelujen paikan tulevaisuudessa siten, että kunnat voisivat järjestää ongelmapelaajille suunnatut erikoistuneet palvelut ostopalveluina.

Muutama asiantuntija ei nähnyt, että kunnallisten peruspalvelujen merkitys voisi tulevaisuudessa kasvaa. Osaa asiantuntijoista mietitytti resurssit: ”Valitettavasti en usko kuntien suuresti panostavan ongelmapelaajien hoitoon ainakaan aivan lähitulevaisuudessa, kysymys on varmaankin niukkojen resurssien jakamisesta”; ”Pelkään, että tilanne ei korjaudu. Peruspalveluille asetetaan niin sosiaali- kuin terveydenhuollossa mittavasti erilaisia velvoitteita jo nyt resursseja erityisesti lisäämättä.” Moni myös ajatteli, että peruspalvelujen asema ei muutu nykyisestä, vaan keskiössä on niiden palvelu, jotka ovat itse aktiivisia asiakkaita ja osaavat vaatia palveluita.

TAULUKKO 15. Yhteenvedo kyselyyn vastanneiden asiantuntijoiden (N = 30) esiintuomista näkemyksistä kunnallisten peruspalvelujen asemasta tällä hetkellä ja tulevaisuudessa

Kunnallisten peruspalvelujen asema nyt ja tulevaisuudessa		
	Peruspalvelujen asema tällä hetkellä	Peruspalvelujen asema tulevaisuudessa
Asiantuntija-kyselyyn vastanneet	Asema hyvin heikko. Eivät tunnista peliongelmaa, eivät osaa ottaa peliongelmaa puheeksi, eivät osaa ohjata ongelmapelaajia hoitoon. Peliongelmaa vähätellään. Ei ole riittävästi tietoa peliongelmistä.	Peliongelmien tunnistaja, ongelmien puheeksi ottaja, avo- ja laitospalveluihin ohjaaja. Selvittää lievempiä peliongelmia. Tietoa ja koulutusta pitäisi lisätä laaja-alaisesti peruspalveluihin. Ohjeistusta kuntiin tulisi lisätä. Monien mukaan kunnat eivät kuitenkaan tule panostamaan peliongelmaan tulevaisuudessa, koska jaettavissa olevat resurssit niukat.

## Ongelmapelaajien hoitoon ja tukemiseen erikoistuneiden palvelujen tarve

Kaikki asiantuntijat olivat vahvasti sitä mieltä, että ongelmapelaajien hoitoon ja tukemiseen tarvitaan erikoistuneita palveluja. Vastauksissa korostui avohoitopalvelujen tarve ja niiden riittämättömyys tällä hetkellä. Keskitettyjä palveluja ja erityistä avohoitoyksikköä toivottiin erityisesti pääkaupunkiseudulle. Tätä koskevat vastaukset olivat usein yksiselitteisiä: ”Pääkaupunkiseutu tarvitsee peliriippuvuuteen ja -ongelmiin keskittyneen avohoitopaikan.” Tarvetta perusteltiin usein sillä, että pääkaupunkiseudulla on eniten hoitoon hakeutujia ja siellä on eniten hoidon ja tuen tarpeessa olevia ongelmapelaajia. Myös osa laitoshoitoyksikössä työskentelevistä painotti avohoidon tärkeyttä:

*”Huolimatta siitä, että itse työskentelen laitousyksikössä, uskon ongelmapelaajien olevan varsin hyvin hoidettavissa avohoitoyksiköissä. En usko pääkaupunkiseutua lukuun ottamatta ongelmapelaajia riittävän erikoistuneiden yksiköiden ylläpitämiseen. Sitä paitsi uskon suurimman osan kohtuullisesti pelaamiseen kiinnittyneiden, ongelmaansa käsitelleiden lopettavan peliuransa aivan itse.”*

Jotkut perustelivat pääkaupunkiseudun avohoitoyksikön erityistarvetta peliongelmien erityispiirteillä: ”Kyllä erikoistuneita palveluja tarvitaan, mutta pääkaupunkiseudun ulkopuolella on vähäisessä määrin asiakkaita, muutoin kuin joko hoidettavaksi maksusitoumuksin tai muutoin kuntarajat ylittävällä toiminnalla. Pelaajat tarvitsevat myös erikoistuneita hoito- ja kuntoutuspalveluja. Peliongelmiin liittyy sellaisia erityispiirteitä joita ei välttämättä muissa riippuvuusongelmissa kohtaa ja esimerkiksi pelaamisen tapoihin liittyvät erityispiirteet tulisi huomioida hoidossa.” Jotkut vertasivat ongelmapelaajia päihdeongelmaisiin. He uskoivat, että avohoidolliset kevyet interventiot tehoavat ongelmapelaajien toiminnallisiin riippuvuuksiin paremmin kuin niihin, joilla on riippuvuus päihdyttäviin aineisiin.

Kukaan vastaajista ei ehdottanut erikoistuneiden avohoitopalvelujen järjestämistä valtakunnallisesti niin, että ongelmapelaajille perustettaisiin oma hoitojärjestelmä omine hoitoyksikköineen. Sen sijaan vajaa kolmasosa asiantuntijoista oli sitä mieltä, että seudulliset avohoitopalvelut olisi hyvä järjestää osaksi jo olemassa olevia perus-, päihde- tai mielenterveyspalveluja. Monet asiantuntijat näkivät palvelujärjestelmän jo nyt hyvin pirstaleiseksi, joten uudelle pienelle erityisryhmälle ei haluttu rakentaa omaa hoitojärjestelmää: ”Ehkä järkevää liittää peliriippuvaisten hoito osaksi muuta addiktiohoitojärjestelmää.” Asiantuntijoiden mukaan kyse on riippuvuudesta ja palvelut on järjestettävä riippuvuusnäkökulmasta käsin:

*”Ei eriytyneitä avohoitopalveluja... Palvelujärjestelmä on jo nykyisellään hyvin pirstaloitunut kun taas asiakkaiden ongelmat usein ovat kokonais-*



*valtaisempia. Ongelmapelaamisessa lieene useimmiten kysymys riippuvuusproblematiikasta joka nyt on sattunut ottamaan tämänkaltaisen ilmenemismuodon. Riippuvuuksien hoitamisesta on jo olemassa olevissa palveluissa runsaasti kokemusta. Kysymys on pikemminkin käsitteellistämisestä, siitä että myös ongelmapelaaminen otetaan hoidon kenttään luetavien ilmiöiden joukkoon. ”*

Muutama asiantuntija toi esille näkemyksen, että valtakunnalliset avohoitopalvelut pitäisi tuottaa eriyttämällä profiloiden ongelmapelaajat erilliseksi ryhmäkseen, mutta osana perus-, päihde- tai mielenterveyspalveluja:

*”Ainakin avohoitopalveluita (tarvitaan). A-klinikoilla tulisi isoissa kaupungeissa olla oma haara (vaikka yksi kyseisen riippuvuusongelman asiantuntemukseen koulutettu työntekijä – sen isompi tai konkreettisempi ei ”haaran” tarvitsisi olla).”*

Kunnallisten avopalvelujen järjestämisen tasolla asiantuntijoiden puheessa korostuu siis päihdepalvelujen rooli. Asiantuntijoiden mukaan palvelujen tarjonta olemassa oleviin päihdepalveluihin nivellettynä on toimiva ratkaisu, mutta peliongelmiin liittyvää taitotietoa tulee lisätä päihdehuollossa: ”Palvelut voidaan kyllä järjestää esimerkiksi päihdehuollon olemassa olevassa palveluvalikossa, mutta ilmiöön liittyvää osaamista tulee vahvistaa.” Seuraava asiantuntijan vastaus kokoa hyvin yhteen asiantuntijoiden näkemyksiä erityispalvelujen järjestämisestä:

*”Näen, että toistaiseksi ongelmapelaajien hoito voidaan sisällyttää nykyiseen palvelujärjestelmään ja sitä on vielä mahdollisuus kehittää. Poikkeuksena pääkaupunkiseutu, jossa voisi tulevaisuudessa olla erillinen ongelmapelaajien avohoitoon keskittyvä palvelupiste, esimerkiksi P-poliklinikka. Muualla maassa väestöpohja ei siihen riitä. Kokemukseni on, että päihdehuollon palveluissa on totuttu työskentelemään riippuvuuksien kanssa ja koulutuksella ja työnohjauksellisella tuella voidaan edellytyksiä vielä parantaa.”*

Toisaalta muutama vastaaja oli sitä mieltä, etteivät ongelmapelaajat sovi päihdehuollon piiriin. Näiden vastaajien mukaan erikoistuneiden palveluiden tulee olla jo sijainniltaan riittävän erillään päihdepalveluista. Vaikka seuraava siteeraus on pitkä, se tuodaan esille kokonaan, koska siinä kiteytyvät ne syyt, miksi näiden muuttaman vastaajan mukaa ongelmapelaajat eivät sovi päihdehuollon piiriin: ongelmana on resurssien ja asiantuntemuksen puute sekä peliongelman jääminen päihdeongelman jalkoihin. Tässä sitaatissa tuodaan esille myös näkemys ja perustelut erikoistuneiden palveluiden tuen ja hoidon tarpeesta kolmella eri tasolla:



*”Tarvitaan kolme tasoa: (1) kuntatason valmius mini-interventioihin, kriisiapuun sekä hoidon tarpeen arviointiin, (2) seutukuntatason avopalvelut sekä (3) valtakunnalliset laitospalvelut. Perustelut: Valmius tunnistaa ongelma ja puuttua siihen on jo nyt lakisäateistä kuntien toimintaa: kansalaisten ongelmia pitää hoitaa. Hoitoa tarvitsevat eivät mahdu päihdehuollon piiriin, koska resurssit eivät jousta eikä asiantuntemus kehity nykyisessä järjestelmässä – tästä on jo riittävästi kokemusta. Hoitoa tarvitsevien määrä ei ole todennäköisesti valtava, joten seutukuntataso riittää avohoitopalvelujen tuottamiseen. Hoitoa tarvitsevia kuitenkin on jokaisen seutukunnan alueella. Rahapeliongelman hoitaminen rahapeliongelmana on tehokkaampaa kuin sen hoitaminen vain päihde- tai mielenterveysongelman kyliäisenä, mikäli kyse kuitenkin selkeästi on rahapeliongelma, jota järjestelmä ei vain aiemmin ole tunnistanut. Kyse ei kuitenkaan useinkaan ole puhtaasti vain rahapeliongelma, sillä ongelmat kasaantuvat. Osalle seutukunnalliset avopalvelut eivät riitä. Heitä varten tarvitaan valtakunnallisesti yksi tai kaksi laitoshoitokeskusta. Näitä täytyy resursoida tarpeeksi, jotta ne voivat tuottaa monipuolisia, eri pelien aiheuttamia riippuvuuksia eri tavoin hoitavia palveluja.”*

Asiantuntijoiden mukaan Suomeen riittäisi yksi tai korkeintaan kaksi laitoshoitopaikkaa ongelmapelaajille. Laitoshoitopaikkoja perusteltiin muun muassa sillä, että nykyisen pelibuumin johdosta myös vaativaa hoitoa tarvitsevia asiakkaita tulee palvelujen piiriin nykyistä enemmän. Kukaan asiantuntijoista ei ehdottanut perustettavaksi täysin uutta laitoshoitoyksikköä, joka olisi suunnattu vain ongelmapelaajille: ”En näkisi tarpeelliseksi erillisen peliklinikan tai ongelmapelaajille tarkoitetun laituskuntoutusyksikön (sanon sitä vaikka Antikasinoksi) perustamista. Perustelen näkemystä sillä, että hoidettavien volyymi ei todennäköisesti nouse riittäväksi, että sillä olisi elinmahdollisuuksia.”

Sen sijaan riittäväksi nähtiin jo olemassa olevat kaksi päihdehuollon yksikköä, jotka jo nyt ottavat vastaan ongelmapelaajia:

*”Ongelmapelaajien hoito- ja kuntoutus toimii ainakin Tyynelän kokemusten perusteella hyvin päihdehuollon erityispalvelujen toimesta. Siellä on valmiit palvelurakenteet ja osaamista riippuvuusongelmien hoidosta. Haasteitakin kyllä löytyy, etenkin palvelujärjestelmän aukkojen suhteen (esimerkiksi avopalveluja ei ole riittävästi ja alueelliset erot ovat huikeat) ja toisaalta myös osaamista tulisi ongelmapelaajien hoidosta päihdehuollon erityispalveluissa selvästi lisätä ja syventää.”*

Monet asiantuntijat toivat esille laitoshoidon tärkeyden juuri kaikkein vaikeimmille ongelmapelaajille. Näillä on monesti laitoshoitoon tullessa koko elämäntilanne muutenkin hyvin kriisiytynyt. Elämäntilanne voi olla hyvin kaoottinen, kun taloudellinen tilanne on huono, ihmis- ja työsuhteet menneet poikki ja ihmisen psyyke jo muutenkin hajalla. Osa pelaajista on laitoshoitoon saapuessa moniongelmaisia:

”Kaksisuuntainen mielialahäiriö yhdistyneenä peliriippuvuuteen saattaa aiheuttaa katastrofin, kun pelaaja pelaa maanisessa vaiheessa. Päihteiden käytön aktiivivaiheessa ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön maanisessa vaiheessa laitoshoidon on mielestäni turvallisinta vaihtoehto peliriippuvuudelle”. Esimerkiksi tällaisessa tilanteessa on asiantuntijoiden mukaan tärkeä ottaa etäisyyttä arkeen ja turvata pelikatko, jotta voidaan luoda edellytykset jäsentyneelle ja kokonaisvaltaiselle peliongelman ja sen seurausten käsittelylle.

Laitoshoidon yhteydessä tuli esille myös se, että asiantuntijoiden mukaan on tärkeää turvata laitoksien resurssit ja se, että jälkihoito on kunnossa: ”Laitoshoidon pidän merkittävänä vain pelikierteen pysäyttämiseksi ja sen jälkeen tapahtuvan jälkihoidon tulisi olla erittäin hyvin suunniteltua koko pelaajan läheisverkoston kanssa. Jos jatkoa ei ole suunniteltu, niin repsahdus on melko varmaa.”

Monet asiantuntijat näkivät erityispalvelujen tarvetta arvioidessaan tärkeäksi vertaistuen: ”*Oleellista ammattiavun lisäksi on vertaistyötoiminta ja sen saattavuus ja organisointi*”; ”Esimerkiksi vertaisryhmätoimintaa tulisi lisätä. Kuntoutuslaitoksissakin voisi olla erillinen ohjelma ongelmapelaajille.” Pari asiantuntijaa nosti esille joko nopean tai ”matalakynnyksisen” avun saannin: ”Hoitoon pitäisi päästä helposti ja nopeasti. Näin vältetään lisäongelmien syntyminen kun ongelmaa hoidetaan heti, kun se on tunnistettu.”

TAULUKKO 16. Yhteenveto ongelmapelaajien hoitoon ja tukeen erikoistuneiden palvelujen tarpeesta asiantuntijoiden (N = 30) mukaan.

Ongelmapelaajien hoitoon ja tukeen erikoistuneiden palvelujen tarve	
Asiantuntijakyselyyn vastanneet	<p>Kaikki vahvasti sitä mieltä, että erikoistuneita palveluja tarvitaan. Erityisesti tarvitaan avohoitopalveluja pääkaupunkiseudulle, koska siellä on määrällisesti eniten hoidon ja tuen tarpeessa olevia ongelmapelaajia.</p> <p>Kukaan asiantuntijoista ei ehdottanut ongelmapelaajille omaa hoitojärjestelmää omine hoitoyksikköineen.</p> <p>Ongelmapelaajien avohoidon voidaan järjestää osana päihdepalveluja. Päihdepalveluissa ongelmapelaajat tulee profiloida omaksi ryhmäkseen esimerkiksi niin, että kullakin A-klinikalla on vähintään yksi juuri peliriippuvuuksiin koulutettu työntekijä.</p> <p>Toisaalta päihdepalvelujen ongelmaksi nähtiin resurssien ja asiantuntemuksen puute sekä ongelmapelaajien vaara jäädä päihdeongelmien jalkoihin.</p> <p>Yksikään asiantuntija ei nähnyt tarpeelliseksi täysin uuden laitoshoidon perustamista ongelmapelaajille.</p> <p>Riittäväksi nähtiin jo olemassa olevat kaksi päihdehuollon yksikköä, jotka nyt ottavat vastaan ongelmapelaajia.</p> <p>Laitoshoidon tärkeys kaikkein vaikeimpien ongelmapelaajien hoidossa korostui.</p> <p>Laitoshoidon resurssit on tärkeää turvata.</p>

## Päihdehuollon erityispalveluiden vahvuudet ja heikkoudet ongelmapelaajien hoidossa

Asiantuntijoilta kysyttiin erikseen ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen vahvuuksista ja heikkouksista. Lähes puolet asiantuntijoista näki päihdehuollon erityispalveluiden suurimmaksi vahvuudeksi riippuvuusongelmien hallitsemisen ja osaamisen: ”Vahvuutena näen sen, että olemassa olevaa tieto-taitoa riippuvuuk-sien hoidosta pystytään hyvin hyödyntämään myös *ongelmapelaajien palveluis-sa*.” Asiantuntijat totesivat peliriippuvaisten usein olevan päihdeongelmaisia, joten vahvuutena on myös riippuvuusmekanismien samankaltaisuus. Moni asiantunti-ja toi vahvuutena esille myös päihdehuollon erityispalveluiden pitkän kokemuksen ongelmapelaajien hoidosta ja kuntoutuksesta:

*”Tyynelässä meillä on pitkä kokemus ongelmapelaajien laituskuntoutukses-ta ja näen sen pohjalta, että pystymme tuottamaan laadukkaita hoito-oh-jelmia ongelmapelaajille. A-klinikoilla joissa on ongelmapelaajia hoidettu, on mielestäni tuotettu hyviä ja laadukkaita avohoidon palveluja ongelma-pelaajille...”*

*”Ongelmapelaajia on hoidettu niissä pieniä määriä jo toistakymmentä vuotta. Yksiköissä alkaa olla kokemusta ja osaamista peliongelmiin käsit-telyyn.”*

Jotkut pitivät päihdehuollon erityispalveluiden vahvuutena myös valtakunnallises-ti kattavaa ja suhteellisen toimivaa verkostoa: ”Valtakunnallinen kattavuus on ver-rattain hyvä, tämä on vahvuus. Joitain ongelmapelaajia voi hoitaa samoin kuin päih-deongelmaisia, joten hoito toimii, mikä myös vahvuus. Monella ongelmapelaajalla on myös päihdeongelma, mikä tuo hoidollista synergiaa.”

Asiantuntijat toivat esille päihdehuollon erityispalveluiden **heikkouksia** huomat-tavasti laajemmalti kuin vahvuuksia. Suurimmaksi päihdehuollon erityispal-veluiden heikkoudeksi asiantuntijat kuvasivat päihdehuollon korkean kynnyksen ongelmapelaajille. Sitä kuvattiin erityisesti leimaantumisongelmana: ”Pelaajat eivät mielellään identifioitu päihdehuollon palveluiden käyttäjiksi”; ”Jotkut eivät suostu menemään A-klinikalle”; ”Osa asiakkaista kokee päihdepalveluihin hakeutumisen kynnyksen korkeana”; ”Voi olla kynnys peliriippuvaisille”; ”Heikkoutena vahva päih-deleima”; ”Heikkoutuneena näkisin sen, että ”puhtaasti peliongelmaiset” saattavat vie-rastaa hakeutumista päihdepalvelujen piiriin”; ”Yksi ongelma on mahdollisten asiak-kaiden jääminen pois palveluista leimaantumisen pelon takia”; ”Leimaa asiakasta.”

Asiantuntijoiden mukaan leimaantumisongelman lisäksi toinen suuri päih-dehuollon heikkous on osaamisen vähyys peliongelmissa. Osaamisen heikkout-ta päihdehuollossa kuvattiin lisätiedon tarpeena ja osaamisen keskittymisenä vain tiettyihin yksiköihin ja asiantuntemuksen puutteena: ”Monet A-klinikan työnteki-jät viestittävät tarvitsevansa lisäosaamista peliongelman kohtaamisessa ja hoidon

prosessissa”; ”Liian vähän tietoa ongelmapelaamisesta”; ”Työn orientaatioperusta (riippuvuuden hoito) järjestelmässä on aukkoja, osaaminen keskittynyt vain osaan yksiköistä”; ”Työntekijät kokevat osaamisensa riittämättömäksi”; ”Ei asiantuntemusta”; ”Tietotaito kevyttä”; ”Oletan yhden ongelman olevan henkilökunnan osaamisen, käyvätkö muiden riippuvuuksien kohdalla toteutetut työtavat tälle ryhmälle? Tilanne muuttuu niin päihdehuollon kuin myös mielenterveystoimistojen kohdalla paremmaksi, jos osa henkilökunnasta erikoistuu erityisesti tähän asiakasryhmään.”

Muiksi päihdehuollon heikkouksiksi nähtiin resurssien puute, ylikuormitus, peliongelman toissijaisuus päihdeongelmaan nähden sekä peliongelmien tunnistamisvaikeus päihdehuollossa: ”A-klinikoiden mahdollisuus hoitaa pelaajia on rajallista, riittävää resurssia ei ole”; ”Päihdehuolto on ylikuormitettu eikä *pysty hoitamaan ongelmapelaajia*”; ”Jää jalkoihin eli jää toissijaiseksi”; ”Peliongelmaa ei tunnisteta päihdeasiakkaissa.”

Jotkut yksittäisistä heikkouksista kuvaavista vastauksista ovat kiinnostavia. Yhdessä vastauksessa kerrottiin, että päihdepalveluissa ei edes tarjota peliriippuvaisille tukea: ”Kuopion seudun päihdesäätiö on linjannut palvelunsa aineriippuvuuksiin, joten peliriippuvaisille *ei tarjota palveluja eikä niihin ole osaamista. Jos jollakin päihteiden käyttäjällä on peliriippuvuus, sitä ei hoideta.*” Yksittäisinä ongelmina mainittiin myös tiedottamisen ja ohjeistuksen puute: ”Tiedottaminen mahdollisista hoitopaikoista on puutteellista”; ”Päihdehuollon erityispaikoissa ei hoitoon hakeutumiselle ole riittävän selkeää ohjeistusta tai sovittuja hoitotahoja, mihin hoitoon hakeutuvat ohjattaisiin”.

TAULUKKO 17. Yhteenveto päihdehuollon erityispalveluiden vahvuuksista ja heikkouksista ongelmapelaajien hoidossa asiantuntijoiden (N = 30) mukaan

Päihdehuollon erityispalveluiden vahvuudet ja heikkoudet		
	Vahvuudet	Heikkoudet
Asiantuntijakyselyyn vastanneet	Riippuvuusongelmien hallitseminen ja osaaminen niissä. Riippuvuusmekanismien samankaltaisuus. Pitkä kokemus ongelmapelaajien hoidosta ja kuntoutuksesta. Valtakunnallisesti kattava ja toimiva verkosto.	Päihdehuollon kynnys on korkea ongelmapelaajille. Osa ongelmapelaajista ei halua ”leimaantua” päihdepalvelujen käyttäjiksi. Päihdehuollon osaaminen ja asiantuntemus on vähäistä peliongelmissa. Peliongelmiin liittyvä osaaminen keskittyy vain tiettyihin yksiköihin. Resursseja puuttuu. Ylikuormitus. Peliongelma on toissijainen päihdeongelmaan nähden. Peliongelmien tunnistaminen vaikeaa päihdehuollossa.

## Mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden vahvuudet ja heikkoudet ongelmapelaajien hoidossa

Mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden vahvuuksiin otti kantaa vain kolmasosa asiantuntijoista. Loput eivät vastanneet kysymykseen lainkaan tai kertoivat, etteivät osaa sanoa niistä mitään. Asiantuntijoiden mukaan mielenterveyden erikoispalveluiden vahvuutena ongelmapelaajien hoidossa on juuri mielenterveyteen liittyvien asioiden osaaminen: ”Peliongelma liittyy todennäköisesti aika usein mielenterveyden ongelmiin, mikä on vahvuus”; ”Vahvuutena potentiaali tarjota terapiapalveluja”; ”Valmius hoitaa pelaajan mielenterveydellisiä ongelmia on toki vahvuus”; ”Vahvuutena se, että ongelmapelaajaa ei tarvitse pompotella eri hoitopaikkojen välillä, mielenterveysongelmat (esimerkiksi masennus) ovat usein kytköksissä peliriippuvuuteen.”

Pari asiantuntijaa toi esille vahvuutena mielenterveyspalveluiden laajan alueellisen saatavuuden: ”Mielenterveyspalveluita saatavilla laajalti, mikä myös vahvuus”; ”Toimiva ja kattava palveluverkosto”. Yksittäisenä vahvuutena mainittiin se, että mielenterveyspalvelut ovat hyvä paikka peliongelman tunnistamiselle ja oikeaan hoitopaikkaan ohjaamiselle.

Kun mielenterveyspalveluiden vahvuuksiin otti kantaa kolmasosa asiantuntijoista, niin **heikkouksia** toi esille kaksi kolmasosaa vastaajista. Useimmin vastattiin, että mielenterveyspalveluihin ei aina oteta ongelmapelaajia. Asiantuntijoiden mukaan mielenterveyspalvelujen piirissä suhtaudutaan kielteisesti tai vähättelevästi ongelmapelaajiin. Peliongelmia koskevat asiat sivuutetaan tai ongelmapelaajia ei haluta palvella: ”Jaa-a, jos nyt ensin saataisiin heidät ottamaan asiakkaikseen mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ongelmapelaajia”; ”Palveluja ei juuri tarjota?”; ”Sivuuttavat ongelman”; ”Luulen vähäisen kokemukseni perusteella, että näissä ruuhkautuneissa yksiköissä ei juurikaan keskitytä pelaajien ongelmiin”; ”Eivät käsittele peliongelmaa, vaikka asiakaskunnassa on heitä runsaasti”; ”Ei edes haluta oppia tämän alan tunti-joiksi – haluavat riippuvuusongelmaiset päihdehuollon palveluiden piiriin”; ”Peluurin kokemuksella erityisesti mielenterveyspalveluissa peliongelmaa vähätellään tai ei osata (uskalleta) kohdata lainkaan”. Ongelmaksi nähtiin myös se, että asiakas ei tule mielenterveyspalveluiden erikoispalveluissa aina vakavasti otetuksi:

*”Mielenterveystoimistossa on toimistoja joissa asiaan paneudutaan hyvin, osassa ei asiakas ole tullut kuulluksi tai ymmärretyksi, otetuksi todeta, mutta se lieene tiedon puutetta. Peliongelmaisissa on kuitenkin ryhmä, jossa ensisijainen diagnoosi on psykiatrinen diagnoosi, potilas on kaksoisdiagnoosipotilas. Psykiatrian yksiköissä tulisi olla valmiudet peliongelman käsittelyyn.”*

Moni asiantuntija toi esille vakavana puutteena myös sen, että mielenterveyspalveluiden piirissä on heikko tietous peliongelmistä: ”Mielenterveyspalveluissa peliongelmatietoisuus lieenee hyvin vähäistä, mikä on vakava heikkous”; ”Liian vähän tietoa”; ”Osaaminen ja työorientaatio ei ainakaan tällä hetkellä osaa vastata ongelmapelaajien hoidon tarpeisiin riittävästi”; ”Asiantuntijuuden puute”; ”Riittävästi tietoa peliongelmistä ei ole – vai onko tietoa?”; ”Heikkoutena se, että mielenterveyspalvelujen piirissä usein vierastetaan riippuvuusongelmaa eikä osaamista niiden kohtaamisessa ole aina riittävästi”.

Yksittäisinä mielenterveyspalveluiden heikkouksina asiantuntijat toivat esille samoja asioita kuin päihdehuollon palveluiden heikkouksinakin: Pelaajat eivät halua mennä mielenterveyspalveluihin, koska kynnys sinne on vähintään yhtä korkea kuin päihdehuollossa. Osan palvelujen tarvitsijoista kerrottiin myös karttavan palveluita leimaantumisen pelosta. Heikkoutena tuotiin esille myös se, että mielenterveyspalveluissa ei oteta huomioon pelaajien kokonaistilannetta eikä siellä ole riittävästi resursseja ongelmapelaajien hoitoon.

TAULUKKO 18. Yhteenveto mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden vahvuuksista ja heikkouksista ongelmapelaajien hoidossa asiantuntijoiden (N = 30) mukaan

Mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden vahvuudet ja heikkoudet		
	Vahvuudet	Heikkoudet
Asiantuntijakyselyyn vastanneet	Mielenterveyteen liittyvien asioiden osaaminen, mielenterveyspalveluiden laaja alueellinen saatavuus.	Mielenterveyspalveluihin ei aina oteta ongelmapelaajia. Mielenterveyspalveluissa suhtaudutaan kielteisesti tai vähättelevästi ongelmapelaajiin. Peliongelmia koskevat asiat sivuutetaan. Ongelmapelaajia ei haluta palvella. Tietous peliongelmistä on heikkoa.

## Ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden vahvuudet ja heikkoudet

Vain ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden vahvuuksiksi asiantuntijat mainitsivat useimmiten erityisosaaminen peliongelmissa: ”Antaa mahdollisuuden käsitellä ensisijaisesti peliongelmaa”; ”Erikoistumisen vahvuutena ydinosaaminen ja laadun tasaisuus, palveluihin on matalampi kynnys”; ”Vahvuutena koen luonnollisesti osaamisen ja tietouden ajantasaisuuden”; ”Vahvuus olisi, että

peliongelman lisäksi asiantuntemus kattaisi muut riippuvuudet”. Yksi asiantuntija näki vahvuudeksi sen, että erikoistuneissa palveluissa ongelmapelaajien olisi helpompi hakeutua juuri heille suunnattujen palvelujen piiriin.

Valtaosassa asiantuntijoiden vastauksia peliongelman hoitoon erikoistuneiden palvelujen heikkoutena nähtiin se realiteetti, ettei palveluja yksinkertaisesti ole: ”Tällaisia palveluja ei alueellamme ole”; ”Ei meillä ole vielä kuntasektorilla tähän asiantuntemusta, eikä oikeastaan tällaisia avopalveluita.” Osa asiantuntijoista toi esille, että erikoistuneita palveluja tarjoaa vain Peluuri internetissä ja pari hoitolaitosta, jotka nekin ovat keskittyneet ensisijaisesti päihdeongelmaisten hoitoon:

*”Tällä hetkellä ei vain peliongelman hoitoon erikoistuneita palveluja ole saatavilla kuin internetissä. Tyynelä hoitaa pääasiassa päihdeasiakkaita ja niin tekevät kaikki alueelliset yksikötkin. Rapelin lopetettua toimintansa meillä ei ole puhtaasti ongelmapelaajia varten olevaa hoitoyksikköä.”*

Useat asiantuntijat toivat esille mahdollisten erityispalveluiden luomisessa taloudellisten resurssien heikkouden: ”Riittävätkö resurssit tähän?”; ”Koulutuksen ja rahoituksen puute”; ”Kallista ja osin epätarkoituksenmukaista”; ”Pieni maa pienet resurssit, resurssikohdennukset kuitenkin ensin yleisjärjestelmään”; ”Palvelujen järjestäminen erillisenä saattaa kuitenkin tulla kustannuksiltaan liian kalliiksi.”

Ongelmana asiantuntijat pitivät myös sitä, että erityispalveluissa pelaajan kokonaistilanne tai auttajien verkottuminen voi jäädä huomiotta: ”Toisaalta huomioidaanko kokonaistilanne riittävästi, keskitytäänkö liikaa pelkkään pelaamiseen?”; ”Pelaajan kokonaiselämäntilanne ja kuntoutus saattaa jäädä huomioimatta”; ”Heikkona kohtana näemme talous- ja velka-asioiden ammattilaisten sekä hoitoalan ammattilaisten keskinäisen, molempien työtä tukevan verkottumisen”; ”Verkostot puuttuvat ja niiden luominen vaikeaa”.

Muutammat asiantuntijat katsoivat, että erikoistuneet palvelut ovat realistisia vain suuremmilla paikkakunnilla, muuten toiminta on organisoitava lähinnä päihdepalvelujen, psykologipalvelujen (kunnallisten) ja vertaistoiminnan varaan. He eivät olleet varmoja siitä, millaista lisäarvoa erityispalvelut toisivat: ”Mikä olisi tiedollinen pohja uuden hoitojärjestelmän rakentamiselle – lisäisikö erillisyyys jotain keskeistä osaamista? Vertaistuki ”Gambling Anonymous” -ryhmiä on jo olemassa, samoin tietoa on saatavilla muun muassa netissä.”

Pari asiantuntijaa näki erityispalvelujen heikkoutena sen, että palvelun tarjoaja on usein kolmannen sektorin toimija. Vaarana on, että palvelujen saatavuus voi vaihdella kunnittain ja palvelun tarjoajittain. Lisäksi eriytyminen pirstaloi hoitoa eikä kokemus leviä osaksi julkisten palvelujen taitotietoa.

TAULUKKO 19. Yhteenveto vain ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden vahvuuksista ja heikkouksista asiantuntijoiden (N = 30) mukaan

Vain ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden vahvuudet ja heikkoudet		
	Vahvuudet	Heikkoudet
Asiantuntija-kyselyyn vastanneet	Erityisosaaminen peliongelmissa. Mahdollisuus käsitellä ensisijaisesti peliongelmaa. Osaaminen ja tieto peliongelmistä ajan tasalla.	Erityispalveluja ei ole juurikaan olemassa. Erikoistuneita palveluja tarjoaa vain Peluuri ja pari päihdehoitolaitosta, jotka ottavat vastaan myös ongelmapelaajia. Erityispalveluiden luomisessa ongelmana heikot taloudelliset resurssit. Erityispalveluissa pelaajien kokonaistilanne voisi jäädä huomiotta. Erityispalvelut realistisia vain suu-remmilla paikkakunnilla. Erityispalvelut tarjoaa usein kolmannen sektorin toimija, eikä osaaminen leviä osaksi julkisten palvelujen taitotietoa.

## Organisaatioiden oma asema tällä hetkellä ja tulevaisuudessa

Asiantuntijoilta kysyttiin näkemystä oman organisaationsa asemasta ongelmapelaajien hoidossa sekä tällä hetkellä että tulevaisuudessa. Tässä luvussa asiantuntijoiden vastaukset käsitellään eri vastaajatahojen (esimerkiksi ”päihdetaho”, ”pelitaho” ja niin edelleen) mukaan. Ensin käsitellään käsitys organisaation asemasta tällä hetkellä ja sen jälkeen tulevaisuudessa.

*Päihdetahojen* edustajat määrittivät organisaatioidensa aseman *tällä hetkellä* ongelmapelaajia koskevan hankkeen luojina, asiantuntijatuen tuottajina, kehittäjinä ja hoidon ja avohoidon tarjoajina sekä kouluttajina, esimerkiksi näin: ”Olen ollut rakentamassa *ongelmapelaajia koskevaa hanketta*. Seuraan kehitystä ja mahdollisessa hankkeessa olen tuki- ja ohjauselimissä mukana”; ”Tuotamme asiantuntijatukea tuki- ja hoitopalvelutoimijoiden tueksi”; ”Kehittäjä ja hoidon tarjoaja (*Peluuri, A-klinikat, Kouvolan kuntoutusyksikkö, Rapeli-yhteisö*)”; ”Olemme keskittyneet hoitamaan 16–25-vuotiaita nuoria *Turun ja ympäristökuntien alueella*”; ”A-klinikka antaa avohoitopalveluja *ongelmapelaajille ja omaisille*”; ”RAY-projektin jatkotoimenpiteet, kuten kokemusten siirto koulutuksellisin menetelmin ja pienimuotoinen hoito- ja koulutustoiminnan jatkamisen suunnittelu.”



Yksi päihdetaho huomautti, että tällä hetkellä A-klinikoilla on vain rajalliset resurssit hoitaa ongelmapelaajia: A-klinikoille on jonotusta ja siellä on jouduttu keskittymään aineriippuvaisten hoitoon.

Päihdetahot näkivät omien organisaatioidensa aseman *tulevaisuudessa* sekä entistä keskeisemmäksi että kyseenalaiseksi. Päihdetahojen merkityksen tulevaisuudessa keskeiseksi näkevät perustelivat vastauksiaan sillä, että päihdetahot ovat tärkeitä hoidon ja kuntoutuksen tarjoajia, hoidon kehittäjiä sekä kouluttajia. Näissä päihdetahojen keskeisyyttä korostavissa vastauksissa päihdetahojen oma asema nähtiin myös alueellisesti tärkeäksi:

*”Haluamme olla edelleen mukana vahvana toimijana laitoskuntoutuspalvelujen tuottajana ja kehittää edelleen laitoskuntoutusta. Mutta haluamme olla vahvasti mukana myös alueellisena alan kehittäjänä niin koulutuksen, tutkimuksen kuin myös avomuotoisten palvelujen osalta. Edelleen haluamme olla mukana ja antaa oman panoksemme alan valtakunnalliseen kehittämistoimintaan yhtenä keskeisenä toimijana.”*

Toisaalta tulevaisuutta koskevilla arvioillaan päihdetahot esittivät myös suoraan epäröiviä näkemyksiä omasta merkityksestään tulevaisuudessa: *”Ongelmapelaajien hoito on tähänkin saakka ollut marginaalista ja ruuhkautuvan päihdeongelmaisten hoidon ohessa en usko sen ainakaan lisääntyvän.”* Päihdetahot myös kyseenalaistivat omaa asemaansa tulevaisuudessa. Yhden mukaan päihdepalvelut tulevat ottamaan vain *osavastuuta* pelaajien hoidosta ja kuntoutuksesta. Tämä kuitenkin edellyttää pääkaupunkiseudulta johdettua strategiaa, kustannusten jakoa ja päihdetahojen osaamisen lisäämistä. Päihdehuollon erityispalveluissa kaivattiin selvitystä siitä, minkä tahon tulisi olla aktiivinen toiminnallisten riippuvuuksien hoidon järjestämisessä. Laitoshoitotaho näki oman asemansa tulevaisuudessa *”välillisenä”*:

*”Tyynelän kehittämiskeskuksen rooli on jatkossakin pääasiassa välillinen, eli henkilöstön perus- ja erikoistumiskoulutus peliriippuvuuden hoitoon sekä kehittämishankkeiden kautta uusien ja toimivampien palvelujatkumoiden ja käytäntöjen luominen (etenkin avohoidon ja vertaistuen kehittämisen sekä läheisten palvelujen parantaminen ja kehittäminen).”*

*Pelitalojen edustajat määrittelivät organisaationsa tällä hetkellä tiedon ja tuen tarjoajaksi, hoidon ja kuntoutuksen kehittäjäksi, kuntoutuksen ja yksilöasiakastyön tekijäksi, rahoittajaksi, haittojen ehkäisijäksi ja päättäjiin vaikuttajiksi: ”Peluurin tehtävänä on valtakunnallisesti tarjota ongelmapelaajille ja heidän läheisilleen sekä ammattilaisille tietoa ja tukea peliongelmissa, sen hoidossa, ehkäistä peliongelmiä syntymä ja välittää tietoa peliongelmistä”; ”Mukana kehittämässä rakenteita ja yhteistyötä ministeriön hallinnoimassa hankkeessa”; ”Olemme kolmannen sektorin sosiaalialan järjestö: Hoidon ja kuntoutuksen kehittäjä, vertaistuen kehittäjä ja kouluttaja”*

; ”Rahoitamme avustuksin hoidon kehittämistä. Jopa hoitoa määräaikaisten hankkeiden sisällä.”

Tulevaisuudessa pelitahot näkivät oman organisaationsa laaja-alaisesti tuen ja hoidon kehittäjäksi, rahoittajaksi, ehkäisevän työn tekijäksi ja pelihaittatietouden edistäjäksi. Kohteeksi nähtiin eri pelejä pelaavat ja erilaiset ihmiset sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Tätä ilmentää esimerkiksi seuraavien kolmen erilaisen pelitahon näkemys omasta asemastaan:

*”Kuntoutus- ja hoitopalveluja peliriippuvuudesta kärsiville ja heidän läheisilleen. Kuntoutusmenetelmän kehittäminen ongelmapelaajien tarpeisiin vastaavaksi. Erityistä tietoa erilaisista pelaavista ryhmistä (eri pelit – vanhat ja uudet, eri-ikäiset, sukupuolijako, kantaväestö – maahanmuuttajataustaiset ja niin edelleen) sekä sen tiedon soveltamista kuntoutusmetodin kehittämisessä. Kerätään uutta tietoa nuorista maahanmuuttajista ja heidän läheisistään. Verkostoituminen muiden toimijoiden kanssa.”*

*”Peluuria kehitetään valtakunnalliseksi resurssiksi tarjoamaan palveluja peliongelmiaan liittyen osin myös hoidon alueelle.”*

*”Osallistumme edelleen kehittämishankkeiden rahoitukseen ainakin niin kauan kuin arpajaislain 52 pykälän muoto muutetaan siten, että se sisältää sanan kehittäminen. Sitten joudumme tarkastelemaan roolimme uusiksi!”*

Pelitahojen tulevaisuuden asemaa koskevissa vastauksissa korostuu toiminnan laajuus. Yksikään pelitahon edustaja ei epäröi tärkeyttään tulevaisuudessa, vaan lista tulevaisuuden visioista ja tuki- ja hoitopalvelujen kehittämisestä on monimuotoista, mistä tässä yksi esimerkki:

*”Olemme hakeneet rahaa voidaksemme yhdessä kuntien kanssa kehittää rahapeliongelman hoitamista. Tämä on nähdäkseni seuraavien vuosien tärkeä haaste: tukea ja patistella kuntia, jotta osaaminen kehittyy ja jalkautuu. Peluuri säilyttäneen asemansa jatkossakin tärkeänä tuki- ja Peli poikki -hoitopalveluna. Tyynelän palveleminen jatkuu, mikäli meillä on resursseja liikkua kansallisissa ja kansainvälisissä verkostoissa, mihin Tyynelä ei aina sijaintinsa ja hoitotyönsä takia pysty. Vertais- ja omaistuki ovat niitä palveluja, joita laajan jäsenjärjestökenttämme kautta pyrimme jatkossa edistämään. Etenkin omaispalvelut ovat sellaisia, joihin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa kansalaisjärjestötoiminta on pystynyt tuomaan paljon. Organisaatiomme rooli vahvistunee myös tällä saralla.”*

*Talous- ja velkaneuvonnasta ja Takuu-Säätiöstä vastanneet näkivät tämänhetkisen asemansa ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluissa tunnistavaksi ja ohjaavaksi tilanteessa, jossa heillä on paljon ongelmapelaaja-asiakkaita: ”Tunnistava ja ohjaava rooli. Mikäli asiakkaalla on peliongelma aiheutuneita taloudellisia ongelmia, yritämme löytää ratkaisun velkaongelman hoitamiseksi. Myös talousneuvontaa velka-*

*neuvonnan ohessa.”; ”Tälläkin hetkellä meillä on paljon asiakkaita joilla on paljon palvelkoja. Mitä pystymme tekemään, jos tilanne on akuutti? Tämä on meille tärkeä kysymys.”*

Takuu-Säätiöstä kerrottiin, että se myöntää järjestelylainojen takauksia talous- ja velkaongelmissa oleville sekä ylläpitää neuvontapuhelinta, Velkalinjaa, josta myös ongelmapelaajat saavat neuvontaa talous- ja velka-asioissa. Takuu-Säätiö voi auttaa ylivelkaantunutta henkilöä, jonka peliongelma on hyvässä hoitovaiheessa tai ohi, ratkaisemaan velkaongelmaansa. Säätiö myöntää takauksia pankkilainoihin velkojen yhdistämiseksi ja antaa valtakunnallisesti maksutonta puhelinneuvontaa maksu- ja velkaongelmissa. Edelleen säätiö kouluttaa eri alojen ammattilaisia talous- ja velka-asoiden perusteista sekä on yhtenä osapuolena vertaistalousneuvontaprojektissa, jossa koulutetaan tukihenkilöitä muun muassa riippuvuus- ja mielenterveysongelmallisille (Omille jaloille -projekti).

*Tulevaisuudessa* Talous- ja velkaneuvonta ja Takuu-Säätiö näkivät oman organisaationsa yhä tärkeämmiksi sekä ongelmien tunnistajana, hoitoon ohjaajana ja ennen kaikkea velka-asoiden järjestelijänä:

*”Takuu-Säätiö voi auttaa osaa ongelmallisesti pelanneita ja heidän läheisiään selviytymään veloistaan myöntämällä takauksen järjestelylainaan. Takuu-Säätiö voi tarjota puhelimitse ja tulevaisuudessa verkkopalvelujen välityksellä taloudenhallintaan ja velkojen järjestelyyn ohjaavaa neuvontaa ongelmapelaajille ja heidän läheisilleen. Säätiö voi myös kouluttaa ja konsultoida hoito-organisaatioiden ammattilaisia tunnistamaan ja ottamaan puheeksi talous- ja velkavaikeuksia sekä ohjaamaan näiden ratkaisemiseen.”*

*”Entistä tärkeämpi rooli tunnistavana ja ohjaavana tahona. Talous- ja velkaneuvonta pystyy löytämään ratkaisun velkaongelmaan jollakin aikajännteellä. Kun tilanne on saatu hallintaan, niin velkojen järjestely monille voi olla mahdollinen.”*

*Kriminaalihuolto määritteli tämän hetkisen paikkansa ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluissa niin, että Kriminaalihoitolaitos motivoi, ohjaa ja opastaa asiakasta hänen tarvitsemiensa palvelujen piiriin asiakkaasta tehdyn työskentelylomakkeen ja -suunnitelman mukaisesti. Asema määriteltiin ”epäsuoraksi”: ”Ei suoraa roolia ongelmapelaajiin tai heidän hoitopalveluihinsa. Epäsuorasti säätiö ajamalla ja tukemalla kuntoutuspainotteista seuraamus- ja jälkihuoltojärjestelmää ja sen mukaista kriminaalipolitiikkaa tukee seuraamus- ja jälkihuoltojärjestelmän piirissä olevien ongelmapelaajien kuntoutusta. Säätiö kohtaa ongelmapelaajia projekteissaan (mm. velkaneuvonta, asumisen tukipalvelut, terveysneuvonta) ja muussa toiminnassaan (kriminaaliasiamiestoiminta, Vertaistuki Redis) ja tarvittaessa ohjaa näitä asianmukaisten palvelujen piiriin.”*

*Tulevaisuudessa* Kriminaalihuollon oman aseman nähtiin kasvavan erityisesti peliriippuvuuden tunnistettavuuden osalta. Kriminaalihuollon vastaajien mukaan myös yhteistyö ongelmapelaajille palveluja tarjoavien kanssa moninaistuu, kun tietoisuus palvelujen tarjonnasta ja niiden saatavuudesta lisääntyy. Kriminaalihuollossa pohdittiin myös oman hakkeen käynnistämistä:

*”Kriminaalihuollon tukisäätiön tehtävänä on huolehtia että peliongelmaan voi saada apua myös rangaistusaikana ja että kohderyhmää ei syrjitä alan palveluissa. Ehkä olemme mukana käynnistämässä kohderyhmälle omaa hanketta, koska esiintyvyys silmätuntumalla suurta kohderyhmässä.”*

*Mielenterveyden erityispalvelujen* osalta toinen vastaaja näki tällä hetkellä ongelmapelaajat pienenä marginaaliryhmänä, jotka ohjautuvat heiltä muihin palveluihin. Toinen lähinnä ongelmapelaajien vertaistukijärjestönä:

*”Psykiatrian poliklinikoilla on muutamia kymmeniä henkilöitä (poliklinikoiden apulaisylilääkärien arvio), joilla on jonkinasteista peliriippuvuusongelmaa. Kyseisillä henkilöillä peliriippuvuus on osa muuta problematiikkaa ja komorbiditeettia, jonka vuoksi he ovat psykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjautuneet. Psykiatrian palvelussa on Helsingissä vuosittain hoidossa yli 15 000 henkilöä, joten kyseinen ongelma-alue on toistaiseksi melko vähän esillä. Ensisijaisesti kyseiset potilaat ohjautuvat muita riippuvuuksia hoitaviin palveluihin.”*

*”Yksi jäsenyhdistyksemme on ongelmapelaajien vertaistukijärjestö. Peliongelmia sivutaan kuntoutuskursseillamme.”*

*Tulevaisuudessa* mielenterveyden erityispalvelujen vastaajat näkivät organisaationsa aseman edelleen eteenpäin ohjaavaksi ja vertaistuen tarjoajaksi. Lisäksi palvelut näkyvät tietopalvelu Propellissa ja kuntoutuskursseilla.

*”Muista tahoista”* yksi kertoi *tämänhetkiseksi* tehtäväkseen neuvonnan ja hoidon, yksi kuvasi asemansa olevan ”vähäinen toistaiseksi”. *Tulevaisuudessa* *”Muista tahoista”* kaksi tahoja näki asemansa ”vähäiseksi” tai alkavaksi. Kriisikeskus näki itsensä palveluiden tuottajaksi tulevaisuudessakin:

*”Rahoituksen avulla voimme erikoistua yhdellä toiminta-alueella peliriippuvaisten hoitoon verkostoituen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kanssa tai hoidamme pelkästään peliriippuvuutta. Kuopion Kriisikeskuksen henkilökunta on koulutettu kognitiivisen käyttäytymisterapian perusteisiin ja menetelmiin 10 opintopisteen laajuisessa koulutuksessa. Koulutuksen järjesti vuoden 2007 aikana Joensuun yliopisto. Näen Kuopion Kriisikeskuksen peliriippuvaisten palveluiden tuottajana tulevaisuudessa.”*

TAULUKKO 20. Yhteenvedo asiantuntijakyselyyn vastanneiden (N = 30) organisaatioiden näkemyksestä omasta roolistaan tällä hetkellä ja tulevaisuudessa

Organisaatioiden näkemys omasta asemastaan nyt ja tulevaisuudessa		
	Asema tällä hetkellä	Asema tulevaisuudessa
Päihdetahot	Asiantuntijatuen tuottaja, kehittäjä ja hoidon tarjoaja.	Tärkeitä hoidon ja kuntoutuksen tarjoajia, hoidon kehittäjiä ja kouluttajia. Asema tärkeä myös alueellisesti. Toisaalta epäroivä ja kyseenalainen asema, muun muassa koska päihdepalvelut ovat jo muutenkin ruuhkaisia. Päihdetahot voivat ottaa vain osavastuun ongelmapelaajista. Laitoshoidon asema välillinen.
Pelitahot	Tiedon ja tuen tarjoaja, hoidon ja kuntoutuksen kehittäjä, kuntoutuksen ja yksilöasiakastyön tekijä, rahoittaja, haittojen ehkäisijä ja päättäjiin vaikuttaja.	Laaja-alaisia tuen ja hoidon kehittäjiä, rahoittajia, ehkäisevän työn tekijöitä ja pelihaittatietouden edistäjiä. Kohteena eri pelejä pelaavat ja erilaiset ihmiset sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Korostuneesti laaja-alaista ja monimuotoista toimintaa.
Talous- ja velkaneuvonta ja Takuu-Säätiö	Tunnistava ja ohjaava asema.	Yhä tärkeämpi ongelmien tunnistaja, hoitoon ohjaaja ja ennen kaikkea velka-asioiden järjestelijä.
Muut tahot	Muihin palveluihin ohjaava, merkitys vähäinen	Ongelmien tunnistaminen, merkitys kasvaa tai palvelut jatkuvat.

## Muuta sanottavaa ongelmapelaajien palvelujen kehittämisestä

Lopuksi asiantuntijoilta kysyttiin, mitä muuta he haluavat sanoa ongelmallisesti pelaavien palvelujen kehittämiseksi. Kysymykseen vastanneet painottivat selvästi tiedon lisäämistä, tiedottamista, kouluttamista tai yleensä keskustelua aihepiiristä. Monessa vastauksessa tämä tarve todettiin lyhyesti: ”Tiedottaminen eri palveluista olisi ensiarvoisen tärkeää”; ”Työntekijät tarvitsevat koulutusta ongelma-alueesta, mutta myös verkoston työnsä tueksi!”; ”Työntekijöiden koulutusta tulee lisätä sekä perus- että erityispalveluissa. Peliongelmistä tulisi kertoa enemmän tiedotusvälineissä.”

Tiedon lisäämisen tarvetta perusteltiin pitemmissä vastauksissa monesta eri näkökulmasta. Tällaisia olivat julkisen keskustelun merkitys, pelaaminen yhteisön ongelmana, ruotsinkielisten palvelujen tarve ja erityisryhmien, kuten Kriminaali-huollon asiakkaiden palvelujen tarve. Asiantuntijat halusivat julkiseen keskusteluun vastapainoa sille, että tiedotusvälineissä pidetään yllä pelaajan sankarimyyttiä ja tarjotaan edelleen sankaritarinoita pelaamalla saavutettavista isoista voitoista:

*”Nyt taitaa olla aika kunnollisen keskustelun peliriippuvuuden hoidosta ja kuntoutuksista ja myös ongelmien ehkäisystä. Vastuu tulee jakaa. Peliriippuvuus ja ongelmapelaaminen on myös yhteisön ongelma, ei vain yksilön ongelma. Tarvitaan sekä yhteisöllistä että yksilöllistä puuttumista.”*

Yhdessä vastauksessa perusteltiin pitkästi sitä, kuinka tuki- ja hoitopalvelut eivät voi kehittyä, ellei ongelmasta julkisesti keskustella ja ellei ongelmaa myönnetä:

*”Palvelut eivät kehity, mikäli ongelmaa ei julkisesti myönnetä. Hoitoon hakeutuminen on huonoa, ainakin osin tämä johtuu siitä, että ongelma on vaiettu. Jos monopolimallin suojeleminen ja kehuminen hallitsee julkista keskustelua, ongelman tunnistaminen itsessä tai läheisissä on vaikeaa ja hoitoon hakeutumisen kynnyks pysyy korkeana. Kun norjalainen 18-vuotias tyttö voitti kansainvälisen pokeriturnauksen ja lehdet kirjoittivat pokerista ja yleensä rahapeleistä, tapahtui jotain yllättävää: ongelmapelaajien auttavat puhelimet ruuhkautuivat ennätyskellillä tavalla. Julkinen ja avoin keskustelu rahapeleistä sai aikaan hoitoon hakeutumista, vaikka keskustelu pyöri voittoisan pelaajan ympärillä. Hoidon kehittäminen vaikeutuu, mikäli hoidon tarvetta ei ole, mikä on meillä aika yleisesti jaettu näkemys.”*

Ruotsinkielisten palvelujen osalta asiantuntijat olivat epätietoisia siitä, mitä palveluja, tiedotusmateriaalia, kuntoutusta, neuvontaa ja terapiaa on tarjolla ruotsin kielellä. Asiantuntijat halusivat palveluja ja tietoa laajalti, esimerkiksi nuorille, läheisille ja erityisryhmille, kuten Kriminaali-huollon asiakkaille: ”Peräänkuulutan tiedottamista ja tiivistä yhteistyötä, sillä Kriminaali-huoltolaitoksen asiakaskunnan ollessa hyvinkin haastavaa on varsin tärkeää, että asiakkaan mahdolliset kaikki riippuvuudet tulevat esille kun työskentelysuunnitelmia ja mahdollisia hoitotarpeita kartoitetaan rikoksettoman tulevaisuuden saavuttamiseksi!” Yksi asiantuntija halusi lisää ”valtakunnallista ohjausta ja tiedostusta lääninhallitusten, sosiaali- ja terveystoimen sekä opetus- ja nuorisotoimen kautta alueiden toimijoille! Stakesin rooli on merkittävä.”

Osa asiantuntijoista painotti resurssien lisäämistä: ”Tähän on kolme vastausta kuten puolustusministerillä. Resursseja, resursseja, resursseja.” Asiantuntijat halusivat resursseja paitsi hoitojärjestelmään ja sen kehittämiseen myös tutkimukseen ja etsivään työhön:

*”Keskittäkää tutkimusresursseja paljon pelaaviin – hoidon tarpeen ja sisäl-  
lön muokkaus nousee sieltä. Väestöennusteita ei kannata tehdä liian usein  
– ne ovat pääosin politiikkaa varten. Etsivää työtä ei kai tee kukaan täl-  
lä hetkellä. Jos jotakin tiedetään tutkimuksesta niin se, että tämä porukka  
hakeutuu hoitoon viimeisimpänä. Kuten Rapelin kohdalla nähtiin – ei ne  
asiakkaat odottelemalla ovelle tule!”*

Yksi vastaaja toivoi, että palvelujen kehittämisen maksumiehiksi tulisivat ”Veikka-  
us, RAY ja pelipaikkojen ylläpitäjät”. Yhdessä vastauksessa peräänkuulutettiin tut-  
kittuun tietoon perustuvaa rahapelipolitiikkaa:

*”Ongelmapelaajien palvelujen kehittämien vaatii valtakunnallisen perus-  
tellun ja tutkittuun tietoon pohjaavan rahapelipolitiikan, jonka tulee kat-  
taa koko alue ehkäisevästä työstä laitoshoitoon. Myös rahapeliongelman  
alueelle olisi tuotava kansanterveys ja terveyden edistämisen näkökulma.  
Muutoin en näe mahdollisena esimerkiksi palvelujen rahoittamisen järjes-  
tämistä.”*

TAULUKKO 21. Yhteenveto kyselyyn vastanneiden asiantuntijoiden (N = 40) muusta sanot-  
tavasta palvelujen kehittämiseksi

Muuta sanottavaa palvelujen kehittämiseksi	
Asiantuntija- kyselyyn vastanneet	Painopisteinä peliongelmaa koskeva tiedon lisääminen, tiedottaminen, kouluttaminen tai yleensäkin keskustelu aihepiiristä. Julkiseen keskusteluun haluttiin vastapainoa sankaripelaajan myytille. Tietoa ja palveluja haluttiin ruotsin kielellä. Lisäresursseja kaivattiin laajasti.

## 6 Ruohonjuuritason kysely

Eri ”ruohonjuuritason” palvelujen tuottajilta kerättiin sähköpostikyselyn (ks. liite 3) avulla mielipiteitä ongelmapelaajille tarkoitettujen tuki- ja hoitopalvelujen toimivuudesta. Kysely oli pitkälti samankaltainen kuin asiantuntijoille (ks. liite 2) tehty, mutta erosi siitä osin sanamuodoiltaan ja kokonaan muutamien kysymysten osalta.

Kyselyn kohteiksi valittiin niiden tahojen edustajia, joiden arveltiin tapaavan ruohonjuuritasolla käytännön työssään ongelmapelaajia (ks. esimerkiksi Espoon saatekirje, liite 3). Kyselyn kohteiksi valittiin Helsingin, Espoon, Vantaan, Jyväskylän ja Hämeenlinnan kaupunkien johtavat sosiaalityöntekijät, A-klinikoiden esimiehet, kaupunkien johtavat lääkärit, nuorisoasemien esimiehet, mielenterveys-toimistojen johtajat, psykiatrian klinikoiden edustajat ja kriisikeskusten edustajat.<sup>30</sup>

Ruohonjuuritason työntekijät ovat myös alansa asiantuntijoita, mutta he eroavat edellisessä luvussa 5 esitetyistä asiantuntijoista siinä, etteivät ole erikoistuneet tai profiloituneet juuri ongelmapelaajien palvelujen tuottajiksi. Ruohonjuuritason työntekijät ovat enemmänkin asiakastyötä tekeviä kunnallisten yleispalvelujen tuottajia. Tästä nimitys ruohonjuuritason palvelun tuottajat, erotukseksi edellisen luvun 5 asiantuntijoista, jotka ovat erikoistuneet ja kentällä valikoituneet ongelmapelaajien kohtaamiseen. (Ks. tarkemmin luku 2.)

### Ruohonjuuritason kyselyyn vastanneet

Kohteiksi valitut kunnat (ja siellä yksittäiset tiettyssä asemassa ja tiettyssä palveluyksikössä olevat työntekijät) olivat Espoo, Helsinki, Hämeenlinna, Jyväskylä ja Vantaa. Pääkaupunkiseudun kunnat valittiin, koska peliongelmaan liittyviä palveluja on pääkaupunkiseudulla paljon, samoin kuin ongelmapelaajia. Keskisuurista kunnista mukaan valittiin Jyväskylä ja Hämeenlinna. Jyväskylä valittiin mukaan sekä alueellisen edustuksen ja siellä olevan erityisen organisaatiomallin mukaan, Jyväskylän Päihdesäätiöön keskittyneiden palveluiden vuoksi. Hämeenlinna valittiin mukaan, koska siellä on paljon ongelmapelaajia (ks. Aho & Turja 2007). Kysely kohdistettiin siis näiden kuntien ruohonjuuritason työntekijöille tietyn valinnan mukaan, mutta kuntia ei mitenkään valittu esimerkiksi caseluonteisesti tutkimukseen.

Kyselyyn haettiin lokakuussa 2007 luvat kaikkien edellä mainittujen kaupunkien tutkimuslupia hoitavilta tahoilta. Sitä mukaa kun tutkimusluvat myönnettiin, lähetettiin kyselyt eri kaupunkeihin. Kyselyn jakelutapa vaihteli. Helsingissä kaupunkien tutkimusasioita hoitava henkilö lähetti kyselyn ja saatekirjeen eteenpäin,

<sup>30</sup> Kyselyä pyydettiin lähettämään organisaatiossa eteenpäin, joten vastaajiksi tuli esimerkiksi kotipalvelun ohjaajia.



koska hänen oli teknisistä syistä helpompi lähettää kysely kohteena oleville henkilöille. Espoossa, Vantaalla, Hämeenlinnassa ja Jyväskylässä tämän arvioinnin tekijä lähetti sekä kyselyn saatekirjeineen että karhukyselyn kaupunkien tutkimusasioista vastaavilta henkilöiltä saatujen sähköpostilistojen perusteella. Lisäksi kyselyä laajennettiin Jyväskylässä niin, että esimerkiksi ylilääkäri ja avosairaanhoidonpalveluyksikön johtaja osoittivat sen myös apulaisylilääkärille.

Kysely lähetettiin 13.11.2007 Jyväskylään 9 henkilölle, 15.11.2007 Hämeenlinnaan 26 henkilölle, 15.11.2007 Vantaalle 36 henkilölle ja 15.11.2007 Espooseen 39 henkilölle. Vastausaikaa oli yksi viikko. Koska vastauksia tuli vähän (ks. taulukko 22), lähetettiin kaikkiin näihin kaupunkeihin 3.12.2007 kirje (ks. liite 3), jossa pyydettiin uudelleen vastausta niiltä, jotka eivät vielä olleet vastanneet kyselyyn. Vastausaikaa oli jälleen yksi viikko. Uusi kyselypyyntö nosti hieman vastaajien määrää. Kyselyyn vastasi yhteensä 25 henkilöä, kun kysely oli lähetetty yhteensä 110 henkilölle.

Helsingin osalta tutkimusluvan saaminen viivästyi niin, että kysely päästiin lähettämään vasta 31.1.2008. Se lähetettiin 63:lle sosiaaliviraston työntekijälle ja vastausaikaa oli Helsingissäkin yksi viikko. Kyselyn lähettämisestä huolehti Helsingin tietokeskuksen työntekijä. Helsingistä kyselyyn vastasi 7 henkilöä. Koska vastaajia oli vähän, lähetettiin Helsingissäkin sosiaaliviraston työntekijöille uusi kyselypyyntö ja vastausaikaa annettiin viikko lisää. Uuden kyselypyynnön perusteella vastasi 8 henkilöä, joten Helsingistä vastaajia kertyi yhteensä 15.

Vastaajien määrä jäi hyvin alhaiseksi, kuten Kuntakyselyssäkin (ks. Turja 2006, luvussa Aiempi suomalainen ongelmapelaaajien hoitoa koskeva tutkimus). Kuntakyselyn pohjalta oletettiin etukäteen, että vastausprosentti voisi jäädä alhaiseksi. Siksi saatekirjeessä korostettiin, että kysely on lyhyt ja sisältää vain tarkasti valittuja kysymyksiä eikä vastaaminen viene paljon aikaa. On kuitenkin vaikea tarkasti sanoa, mistä vastausten vähäisyys johtuu. Viitteitä siihen saa muutamasta sähköpostiviestistä, joissa vastaamatta jättämisen syyksi mainittiin se, että vastaaja ei itse kohtaa työssään ongelmapelaaajia: ”Kiitos viestistä. Koska en itse tee klinistä työtä enkä tiedä mikä kyselyenne varsinainen kohderyhmä on, en voi vastata. Meillä on sovittu, että päihdehuolto asiantuntevasti vastaisi pelihimoisten jatkokäsittelystä. Täten voisin ehdottaa, että kohderyhmäryhmä olisi päihdehuolto.” (Terveyspalvelut); ”Laitoin kyselyn eteenpäin sosiaalityöntekijöille. Vastaisin itse, mutta kun en tapaa tällä hetkellä asiakkaita” (johtava sosiaalityöntekijä); ”En koe aiheelliseksi vastata kyselyyn, koska asiakkaanani ei ole yhtään ongelmapelaaajaa, olemme keskittäneet ongelmapelaaajat samalle työntekijälle.” (A-klinikka); *Hei valitettavasti meillä ei täällä sosiaalivirastossa ole paljon sanottavaa tähän peliongelmakyselyyn. Meillä ei ole yhtään asiakasta, jonka kohdalla olisimme todenneet peliriippuvuutta.*” (Ruotsinkieliset sosiaalipalvelut)

Kyselyn tarkkaa vastausprosenttia ei voi laskea tarkasti siksiäkään, että kyselyä pyydettiin lähettämään eteenpäin organisaatiossa asiasta tietävälle taholle. Muutama vastaaja kertoi myös vastanneensa koko työyksikön puolesta sen jälkeen kun

työyksikössä oli yhdessä mietitty vastauksien sisältöä. Taulukkoon 22 on tiivistetty vastaajien määrät kaupungeittain.

TAULUKKO 22. Palvelun tuottajien kyselyyn ja karhukyselyyn vastanneiden määrät kaupungeittain

Kaupunki	Kyselyyn vastanneiden määrä	Karhukyselyyn vastanneiden määrä	Yhteensä
Jyväskylä	3	-	3
Vantaa	0	5	5
Espoo	4	2	6
Hämeenlinna	4	7	11
Helsinki	7	8	15
Yhteensä	18	14	40

Jyväskylästä kyselyyn vastasi kolme henkilöä. He työskentelivät Jyväskylän kaupungin aikuispsykiatriassa (erikoislääkäri), Kriisikeskus Mobilessa (kriisityöntekijä) sekä Jyväskylän sosiaaliaseman aikuissosiaalityössä (sosiaalityöntekijä).

Vantaalta kyselyyn vastasi viisi henkilöä, jotka kaikki olivat johtavia sosiaalityöntekijöitä. Heistä kaksi työskenteli aikuissosiaalityön johtavana sosiaalityöntekijänä eri sosiaaliasemilla, yksi johtavana sosiaalityöntekijänä Vantaan nuorisoasemalla, yksi johtavana sosiaalityöntekijänä Vantaan katkaisuhuoltoasemalla ja yksi johtavana sosiaalityöntekijänä A-klinikalla.

Espoosta kyselyyn vastasi kuusi henkilöä. Vastaajat olivat erään Nuorisotilan nuoriso-ohjaaja, A-klinikkatoimen aluejohtaja, Espoon kaupungin talous- ja velkaneuvoja, Espoon sosiaali- ja kriisipäivystyksen sosiaalityöntekijä, Espoon sosiaalisen luototuksen talousneuvoja sekä erään psykiatrisen poliklinikan vastaava erikoislääkäri.

Hämeenlinnasta kyselyyn vastasi 11 henkilöä. He työskentelivät terveystasemalla ylilääkärinä, psykiatrian poliklinikalla osastonhoitajana, aikuispsykiatrian poliklinikalla ylilääkärinä, nuorisopsykiatriassa ylilääkärinä, perheneuvolassa psykologina, keskussairaalan ensiavussa ylilääkärinä, kotipalvelussa ohjaajana (2 henkilöä), maahanmuuttajien palvelupisteessä terveydenhoitajana, A-klinikalla sosiaaliterapeuttina ja Nuorisotoimistossa nuoriso-ohjaajana.

Helsingistä vastanneista (N = 15) kaikki työskentelivät sosiaalipalveluissa: kuusi oli johtavia sosiaalityöntekijöitä (heistä yksi vammaisten sosiaalityöstä, yksi eläkeselvityksestä ja yksi vanhusten palvelujen vastuualueelta), neljä johtavia sosiaaliterapeutteja, yksi nuorisoaseman esimies, yksi sosiaalityöntekijä ja yksi sosiaaliohjaaja. Yhteen kyselyyn vastasi työyksikön sosiaalityöntekijä ja sosiaaliohjaajat yhdessä sekä yhteen kyselyyn työyksikön moniammatillinen tiimi.

## Eri toimipisteiden kohtaamat ongelmapelaajat

Kaikissa kaupungeissa ja miltei kaikissa eri toimipisteissä kohdattiin asiakkaita, joilla on *vaikeita ongelmia pelaamisen kanssa*. Kohdattujen ongelmapelaajien määrää kysyttiin päivittäin, viikoittain, kuukausittain ja vuosittain. Vastaukset eivät olleet yhteneväisiä, vaan osa kertoi vuosittaiset määrät, osa päivittäiset määrät. Seuraavassa tarkastelussa määrät on pääsääntöisesti suhteutettu *kuukausittain* kohdattavien ongelmapelaajien määrään, jotta ongelmapelaajien määriä on helpompi vertailla. Jos ongelmapelaajia on kohdattu vuosittain hyvin vähän, esimerkiksi yksi vuodessa, tämä luku on jätetty esille.

Jyväskylän kaupungin aikuissosiaalityössä kohdattiin kuukausittain noin neljä asiakasta, joilla oli vaikeita peliongelmia. Myös Jyväskylän Kriisikeskuksessa kohdattiin noin 3–4 ongelmapelaaja-asiakasta kuukaudessa. Jyväskylän aikuispsykiatriassa ongelmapelaajia kohdattiin harvemmin, noin yksi kuukaudessa.

Vantaan aikuissosiaalityössä työskentelevistä toinen kertoi kohtaavansa noin neljä vaikeasti peliongelmaista kuukaudessa ja toinen vain noin kaksi vuodessa. Vantaan nuorisotaseman työntekijä kertoi kohtaavansa noin neljä ja Vantaan katkaisuhuoltoaseman työntekijä kahdesta kolmeen vaikeasti peliongelmaista kuukaudessa. A-klinikan johtava sosiaalityöntekijä kertoi kohtaavansa noin yhden vaikeasti peliongelmaisen kuukaudessa.

Espoossa vaikeita ongelmapelaajia kohdattiin talous- ja velkaneuvonnassa noin neljä asiakasta kuukaudessa, A-klinikkatoimessa noin kolme, Nuorisotilassa noin 24, Sosiaalisessa luototuksessa sekä psykiatrisella poliklinikalla noin kuusi asiakasta kuukaudessa sekä Sosiaali- ja kriisipäivystyksessä noin yksi asiakas kuukaudessa.

Hämeenlinnan toimipisteissä ongelmapelaaja-asiakkaita kohdattiin seuraavasti: terveysasemalla noin nollasta yhteen asiakasta kuukaudessa, psykiatrian poliklinikalla alle yksi asiakas kuukaudessa, aikuispsykiatriassa noin kaksi asiakasta vuodessa, nuorisopsykiatriassa noin yksi asiakas kuukaudessa, perheneuvolassa noin kolme asiakasta vuodessa, kotipalvelussa noin yhdestä kahteen asiakasta vuodessa, A-klinikalla noin kaksi asiakasta kuukaudessa, Nuorisotoimistossa noin yhdestä kahteen asiakasta vuodessa. Hämeenlinnan Maahanmuuttajien palvelupisteessä ei ollut asioinut yhtään ongelmapelaaja-asiakasta: ”Maahanmuuttajilla ei ole tullut peliriippuvuutta esiin niiden 3 vuoden sisällä, jonka ajan ovat meidän toimiston asiakkaina. Tiedän, että heillä on ongelmia asian suhteen myöhäisemmässä vaiheessa.” Myös Kanta-Hämeen keskussairaalan ensiavusta vastattiin, että ”ensiavussa ei ole reilun puolen vuoden aikana nähty ainoatakaan potilasta, jonka tekstissä/tulosyysä olisi mainittu peliongelma, mutta muutama niitä voi tietysti olla vuodessa”.

Helsingin vastanneissa toimipisteissä vaikeasti peliongelmaisia asiakkaita kohdattiin keskimäärin kaksi kuukaudessa. Helsingin vastanneilla A-klinikoilla työskentelevien johtavien sosiaaliterapeuttien kohtaamat ongelmapelaajien

asiakasmäärät eivät eronneet muissa Helsingin vastanneissa toimipisteissä työskentelevien asiakasmääristä. Eräs A-klinikan johtava sosiaaliterapeutti täsmensi vastaustaan näin: ”Vuonna 2007 asiakkaistamme (N = 1 338) seitsemän asiakkaan ensisijainen riippuvuus on peliriippuvuus. Osalla päihderiippuvaisista asiakkaista on myös peliongelmaa, määrää vaikea arvioida.” Helsingissä yksi Nuorisoasema erosi selvästi muista, siellä kohdattiin keskimäärin 10 vaikeasti peliongelmaisesta asiakasta kuukaudessa.

Edellä esitettyihin lukuihin on suhtauduttava varauksellisesti. Pieni aineisto ei ensinnäkään riitä yleistykseen. On muistettava, että arvioija on muuttanut viikoittaiset luvut kuukausittaisiksi. Myös käsittemäärittelyt voivat olla ongelmallisia. Kyselyssä pyydettiin arvioimaan niiden asiakkaiden määrää, joilla on *vaikeita ongelmia pelaamisen kanssa*. Tämänkin määritelmän eri vastaajat mieltänevät kukin omalla tavallaan. Esimerkiksi Espoon Nuorisotilassa tällaisiksi asiakkaiksi määriteltiin 24 asiakasta kuukaudessa, yhdessä Helsingin vastauksessa tuohon määritelmään sisällytettiin ne, joiden ensisijainen riippuvuus on peliriippuvuus. Vaikka luvut ovat karkeistuksia, ne antavat kuitenkin jonkinlaista, tosin suuntaa-antavaa kuvaa eri toimipisteissä kohdattavien ongelmapelaajien määrästä.

Eri toimipisteissä ja kaupungeissa kohdattavat ongelmapelaajat olivat hyvin heterogeeninen joukko. Usein mainittiin, että pelaajat ovat nuoria tai nuorehkoja miehiä. Näin pelaajia luonnehdittiin esimerkiksi Jyväskylässä vastanneissa kolmessa eri toimipisteessä: *”Ongelmapelaajat ovat nuoria aikuisia/aikuisia, sekä miehiä että naisia, useimmiten tulee esille miesten peliongelma, rinnakkaisina ongelmina mielenterveys-, päihde-, ja seksiriippuvuudet”* (kriisityöntekijä); *”Nuorehkoja miehiä, joilla usein myös päihdeongelmaa ja elämänhallinnan ongelmia laajemminkin, pelimuotoina pokeri, hedelmäpelit, tietokonepelit”* (sosiaalityöntekijä).

Vantaalla eri toimipisteissä kohdatut ongelmapelaajat ovat hyvin erilaisia esimerkiksi iältään ja pelikäyttäytymiseltään, mutta vastauksissa korostui pelinä peliautomaatit, miesten/poikien osuus sekä se, että joillakin on myös päihdeongelma:

*”Ongelma ei katso sukupuolta eikä liioin ikää. Ongelmaisia on lähinnä kahdenlaisia: näitä, jotka ilmestyvät ”tyhjältä” sosiaaliaseman asiakkaiksi ja heillä on samalla kaikki muutkin asiat jo solmussa, esimerkiksi häätö uhkaa, työpaikka on menossa, avio-/avoero ynnä muuta niin, että tilanne vaatii nopeita toimenpiteitä. Toinen ryhmä ovat ne, jotka ovat ja asiakkuudessa ja joilla pelaaminen on lähinnä satunnaista, kausiluonteista tai eriashteista.”* (aikuissosiaalityö)

*”Miehiä jonkin verran enemmän, kaikissa ikäryhmissä, mutta enemmistö nuoria (alle 30-vuotiaita), usein myös jonkinasteinen päihdeongelma.”* (aikuissosiaalityö)

Vantaan Nuorisoaseman vastaajan mukaan asiakkaat ovat alle 21-vuotiaita ja useimmiten poikia. Pääasiallisena pelimuotona on internet virtuaalipeleinen.

Joillakin oli ongelmana ollut veikkauspelit sekä erilaiset kaupoissa sijaitsevat automaatit. Vantaan A-klinikan vastaajan mukaan melkein kaikilla ongelmapelaajilla on myös päihdeongelma, asiakkaat pelaavat etupäässä netissä ja kaupan peliautomaateilla ja ovat eri-ikäisiä miehiä ja naisia. Myös Vantaan katkaisuhuitoaseman vastaajan mukaan tärkein pelimuoto on peliautomaatit, peliongelmissa miehet ovat ylliedustettuina.

Myös Espoon eri toimipisteissä kohdattavat ongelmapelaajat vaihtelivat iältään ja sukupuoleltaan, ja usein pelattiin kolikkopelejä. Nuorisotilaan tulevilla ongelmana on alaikäisten peliautomaattipelaaminen ja rahapeli korteilla. A-klinikatoimessa kohdattavat ongelmapelaajat ovat ”eläkeikäisiä naisia ja miehiä, noin 30-vuotiaita naisia, joilla nettiriippuvuus sekä nuoria miehiä, joilla riippuvuus kolikkoautomaatteihin”. Espoon talous- ja velkaneuvonnassa ongelmapelaajien kerrottiin olevan usein nuorehkoja miehiä, jotka pelaavat nettipelejä, iäkkäämpien ongelmana ovat kolikkopelit. Suurin mainittu pelivelkamäärä oli kymmeniä tuhansia euroja. Espoon Sosiaalisessa luototuksessa kohdatut ongelmapelaajat olivat kaikenikäisiä, he pelaavat kolikkopelejä tai veikkausta ja heillä on talouden hallinnan vaikeuksia, joita yrittävät pelaamisella helpottaa. Espoon Psykiatrisella poliklinikalla kohdattavia ongelmapelaajat olivat samoin hyvin heterogeeninen joukko:

*”Yleisimmin pelataan peliautomaatteja yli varojen. Osa käy kasinoilla ulkomaita myöten, ja pelaavat satoja euroja kerralla. Pelaajista suurempi osa on ehkä miehiä, mutta myös naisia on. Iältään kaikenikäisiä aina 18-vuotiaista 60-vuotiaisiin asti. Kaikilla potilaillamme on jokin primaari mielenterveysongelma, esimerkiksi skitsofrenia, masennus tai bipolaarihäiriö.”*

Myös Hämeenlinnassa kohdattavat ongelmapelaajat vaihtelivat iältään, sukupuoleltaan ja pelilajeiltaan: *”Käsittääkseni enimmäkseen nuoria miehiä”* (Terveyssema); *”Hedelmäpelien ja muiden automaattien pelaajat, veikkauksen vedonlyöjät.”* (Aikuispsykiatria); *”Kolikkoautomaatit, nettipelit, veikkauspelit, ravi, pelikasinolla tarjolla olevat pelit. Kaikenikäisiä, joskus myös alle 18-vuotiaita, pääasias- sa yli 18-vuotiaita. Molempia sukupuolia. Peliriippuvaisilla on useita muita ongelmia, kuten mielenterveys, päihde, syrjäytyneisyys, elämän kriisit, heikkolahjaisuus, nuorena eläköityminen.”* (A-klinikka); *”Maahanmuuttajat, joilla myöhemmässä vaiheessa on peliriippuvuutta, ovat usein yleensä nuoria yksinäisiä miehiä tai iäkkäitä pariskuntia”* (Maahanmuuttajien palvelupiste).

Hämeenlinnassa nuorten palveluin keskittyvissä toimipisteissä (esimerkiksi nuorisopsykiatriassa) ongelmallisiksi mainittiin muun muassa nuorten netti- ja tietokonepelit. Esimerkiksi Perheneuvolasta kerrottiin, että näillä ala- tai yläkouluikäisillä, yleensä pojilla, kerrottiin olevan usein myös koulussa ja kotona levottomuutta ja keskittymättömyyttä. Pelit eivät kuitenkaan ole heille pääongelma. Nuorisotoimiston mukaan osa nuorista voi esimerkiksi pelata peliautomaatteihin rahat, jotka he olivat saaneet uusien vaatteiden ostoa varten. Vanhempien ihmisten

palveluihin keskittyvissä palveluissa (esimerkiksi kotihoidossa) ongelmaksi nähtiin vanhusten pelaaminen: ”Peliongelmat eivät ole helposti havaittavia. Pelimuotona usein vanhuksilla on rahapelit, kuten kauppojen auloissa olevat pelikoneet, erityistä ikää ja sukupuolta on vaikea määritellä yksityiskohtaisesti.” (Kotipalvelu.)

Helsingin aikuissosiaalityön toimipisteissä kohdattavat ongelmapelaajat olivat enimmäkseen nuorehkoja miehiä, joilla oli ongelmana tyypillisesti peliautomaatit ja nettipelaaminen: ”Asiakkaamme ovat alle 25-vuotiaita, jotka ovat ajatelleet aluksi tekevänsä esimerkiksi helppoa rahaa pokerilla ja siitä se on sitten lähtenyt, osalle ajanvietettä ja jännityksen hakua.” (Aikuissosiaalityö.); ”Ongelmana nettipokeri sekä RAY:n peliautomaatit. Sukupuoleltaan minun kohtaamani olleet työttömiä miehiä, iältään 25–45-vuotiaita. Sekä maahanmuuttajia että kantasuomalaisia.” (Aikuissosiaalityö.); ”Ongelmapelaajat ovat yleensä nuoria miehiä. Yleisimpiä pelaamiskohteita ovat pokeri tai nettipokeri ja Veikkauksen eri pelivaihtoehdot.” (Aikuissosiaalityö.)

Kaikissa neljässä Helsingin A-klinikoilta tulleissa vastauksissa ongelmapelaajina mainittiin nuorehkoja miehiä, joilla on automaatti- tai kolikkopeliongelma, mutta myös enenevässä määrin nettipelaaminen ja kasinopelaaminen: ”Asiakkaamme iältään yli 18-vuotiaita, ongelmapelaajat ehkä iältään nuorempia kuin A-klinikan asiakkaat keskimäärin (40–45 vuotta on keski-ikä A-klinikan asiakkaille), ongelmapelaajat useimmiten miehiä. Pelimuotoina erilaiset peliautomaatit, kasinopelit, nettirahapelit. Usein asiakkailla myös päihdeongelma (joskus niin että kun asiakas raitistuu, tulee pelaaminen tilalle), taloudellinen tilanne useimmiten kaaoksessa hoitoon hakeutuessa.” (A-klinikka). A-klinikoilta tulleissa vastauksissa mainittiin ongelmapelaajina myös ”eläkkeellä tai lähes eläkkeellä olevat naiset”.

Helsingin Vanhusten palvelujen vastuualueella kohdattavat ongelmapelaajat kuvattiin hedelmäpelejä pelaavaksi ikääntyneeksi naisihmiseksi: ”Nainen, noin 75–85-vuotias, mielenterveysongelmainen, yksinäisyyttä kokeva, taloudellisista ongelmista kärsivä, pelaa hedelmäpelejä.” (Vanhusten palvelujen vastuualue). Helsingin nuorisosaamalla ongelmana oli ”nettipelaaminen sekä raha- että muut nettipelit, kasinopelit ja raha-automaattipelit vähemmistönä, lievä poikien yliedustavuus”.

Eri kaupunkien ruohonjuuritason työntekijöiden kuvaus ongelmapelaajien pelaamista peleistä ja ikärakenteesta vastaa ainakin osittain myös aiemmissa tutkimuksissa esille tullutta ongelmapelaajien profiilia. Monien tutkimusten mukaan (esimerkiksi Aho & Turja 2007) Suomessa on usein ongelmana peliautomaattien ja kolikkopelien pelaaminen ja yksi ongelmallisesti pelaava ryhmä ovat nuoret miehet. Useissa tutkimuksissa on myös todettu, että osalla pelaajista myös päihdeongelma (esimerkiksi Villikka 2004), suuria velkoja (esimerkiksi Nikkinen 2008) ongelmia netissä pelaamisen kanssa (esimerkiksi Jaakkola 2005; Mäyrä 2006) tai vaikeuksia vastustaa pelaamista ruokakauppojen eteisauloissa (esimerkiksi Huotari 2007).

TAULUKKO 23. Yhteenveto eri kaupunkien ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) kohtaamis- ta ongelmapelaajista

Eri toimipisteissä kohdatut ongelmapelaajat		
	Ongelmapelaajien määrät	Ongelmapelaajien profiili
Ruohonjuuri- tason vastaajat	<p>Ongelmapelaajia kohdataan hy- vin erilaisissa toimipisteissä. Tyypillisesti eri toimipisteissä koh- dataan 0–4 vaikeasti peliongel- maista kuukaudessa.</p> <p>Esimerkiksi Jyväskylän ja Vantaan aikuissosiaalityössä kohdattiin kuukausittain noin neljä vaikeasti peliongelmaista.</p> <p>Suurin piirtein saman verran on- gelmapelaajia kohdataan kuu- kausittain Esimerkiksi Espoon ta- lous- ja velkaneuvonnassa sekä sosiaalisessa luototuksessa.</p> <p>Vantaan, Espoon ja Hämeenlin- nan A-klinikoilla ongelmapelaajia kohdattiin hieman harvemmin, noin 1–3 asiakasta kuukaudessa.</p> <p>Helsingin toimipisteissä kohdat- tiin keskimäärin kaksi vaikeasti peliongelmaista kuukaudessa.</p>	<p>Eri toimipisteissä ja kaupungeis- sa kohdattavat ongelmapelaa- jat olivat hyvin heterogeeninen joukko.</p> <p>Usein mainittiin, että pelaajat ovat nuoria tai nuorehkoja mie- hiä ja että ongelmana on iästä ja sukupuolesta riippumatta peliau- tomaatit.</p> <p>Monesti mainittiin myös, että on- gelmallisilla pelaajilla on päihde- ongelmia.</p> <p>Lisäksi netti- ja tietokonepelit tu- livat monissa nuorten palvelui- hin keskittyneissä toimipisteis- sä esille.</p> <p>Peliongelmia myös hedelmäpele- jä pelaavilla ikääntyvillä naisilla.</p> <p>Suurin vastauksissa mainittu peli- velka oli kymmeniä tuhansia eu- roja.</p>

## Peliongelman selvittäminen eri toimipisteissä

Missään kaupungissa ja missään toimipisteessä asiakkaan peliongelmaa ei vastaaji- en mukaan selvitetä tai kysytä systemaattisesti. Tyypillistä eri kaupunkien ja eri toi- mipisteiden käytännöille oli, että asiakkaiden peliongelmaa pyrittiin selvittämään yhdessä muiden ongelmien ja kokonaistilanteen kanssa. Esimerkiksi kriisityöntekijä Jyväskylästä kertoi, että Kriisikeskuksessa tarjotaan tukea akuuteissa traumaat- tisissa kriiseissä, joten peliongelman esille tulo ei ole jokapäiväistä. Mutta silloin kun se tulee esille ”oheistuotteena”, niin peliongelman selvittelyä jatketaan.

Vantaalla aikuissosiaalityöntekijät kertoivat, että asiakkaiden peliongelmaa selvitetään tavallisesti silloin kun asiakkaalla on selittämätöntä rahanmenoa:

*”Peliongelma ilmenee toimeentuloasiakkaiden kohdalla tiliotteista. Näitä on useita kymmeniä, ellei peräti 100 vuositasolla. Sosiaalityöntekijän vas- taanotolla peliongelmaa kyllä käsitellään, joko asiakkaan omasta aloittees- ta tai sosiaalityöntekijän aloitteesta. Varsinkin, jos on vähäistäkään viitet- tä, että rahat menevät johonkin muuhun kuin vuokraan ja jokapäiväiseen*



*elämiseen. Päähteet liittyvät yleensä tavalla tai toisella peliongelmaan.” (Aikuissosiaalityön johtava sosiaalityöntekijä)*

Espoossa sekä Talous- ja velkaneuvonnassa että Sosiaalisessa luototuksessa asiakkaan mahdollista peliongelmaa pyrittiin selvittämään, kun asiakas tuli toimipisteesseen: ”Kyllä selvitetään, usein sen paljastaa tiliote, käyn keskustelua aiheesta.” (Sosiaalinen luototus.); ”Velkojen järjestelyn kannalta on oleellista, että peliongelma havaitaan ja saadaan hoitoon. Jos on epäilyjä ongelmasta niin kysymällä. Tiliotteesta selviää usein ongelma. Budjettilomakkeet.” (Talous- ja velkaneuvonta.)

Espoon Sosiaali- ja kriisipäivystyksessä ja A-klinikkatoimissa asiakkaan mahdollista peliongelmaa selvitettiin vain, jos asiakas itse nosti asian esille: ”Kokemukseni mukaan hyvin harva on tänne yhteydessä peliongelmaansa. Kun asiakas tuo esille peliongelmansa, niin tuetaan ja jatko-ohjataan A-klinikalle (joskus GA-ryhmään).” (Sosiaali- ja kriisipäivystys); ”Asiakas määrittää *senhetkisen ongelmansa, joskus voi myöhemmin ilmetä, että alkoholiongelman lisäksi on peliriippuvuus.*” (A-klinikkatoimi). Asiakkaan tullessa Espoossa Nuorisotilaan, hänen mahdollista peliongelmaa ei pyritä erikseen selvittämään.

Myös Hämeenlinnassa asiakkaan peliongelmaa selvitettiin tyypillisesti vastasitten, jos (1) se muiden asioiden ohella tuli esiin, (2) asiakas itse kertoi siitä tai (3) jokin piirre asiakkaan käyttäytymisessä antoi siihen viitteitä: ”Asiakkaan tilannetta selvitellessä peliongelma tulee esille uusien muiden asioiden kautta, jonka jälkeen asiaa selvitetään” (Kotipalvelu); ”Jos potilas kysyy asiasta, aktiivisesti ei” (Terveysasema); ”Haastattelemalla sekä henkilöä itseään että perheenjäseniä niin tästä kuin muistakin perheen mahdollisesti esiin tuomista pulmista” (Perheneuvola); ”*Kaikilta ei kysytä peliriippuvuudesta. Siitä puhutaan, jos asiakas tuo sen esille tai jos jokin asiakkaan tilanteesta antaa aiheen olettaa, että ongelmia sillä alueella on. Peliongelma selviää haastattelemalla*” (A-klinikka); ”Jos viitteitä, niin kysymällä asiaa” (Aikuispsykiatria); ”Jos se näkyy selvästi, niin kyllä” (Nuorisotoimisto). Psykiatrian poliklinikalla asiaa selvitettiin kuten muitakin riippuvuuksia: ”Arvioimme erilaisia riippuvuuksia tutkimuksissa keskustelemalla, sekä määrätyillä lomakkeilla” (Psykiatrian poliklinikka).

Myös Helsingistä vastanneiden mukaan peliongelmaa pyritään käsittelemään, jos asiakas ottaa sen itse esille. Peliongelmat voivat tulla esille myös, mikäli asiakas on pahasti velkaantunut. Sosiaalitoimistossa myös esimerkiksi rästivuokrat ja tiliotteet voivat paljastaa asian: ”Jos on rästivuokria tai asiakas hakee harkinnanvaraista avustusta esimerkiksi ruokaan vaikka tulotietojen tai tiliotteiden perusteella rahaa pitäisi riittää elämiseen. Joidenkin asiakkaiden kohdalla tiliotteilla on havaittavissa tilitapahtumista riippuvuus pelaamiseen. Asia voidaan ottaa keskusteluun harkinnan mukaan ja mikäli asiasta jo tunnetaan ja hän on asioinut aiemmin. Pääsääntöisesti asiakas tuo asian esille itse ja asiasta keskustellaan ja tarvittaessa ohjataan hakeutumaan hoitoon.” (Aikuissosiaalityö.)



Helsingin A-klinikoilta vastanneiden työntekijöiden mukaan peliongelmia ei yleensä selvitetä, ellei siitä ole viitteitä esimerkiksi taloudellisten ongelmien yhteydessä tai ellei päihdeongelmainen itse kerro siitä. Toisaalta osassa A-klinikoiden vastauksia tuli esiin, että peliongelmat eivät heti tule ilmi tai niitä on vaikeampi myöntää kuin esimerkiksi päihdeongelmaa: ”Asiakas voi tulla esimerkiksi alkoholi-ongelman takia hoitoon, mutta sitten tulee ilmi, että pelaaminen onkin yksi osa ongelmallista tilannetta. Joku tulee ja kertoo pelaavansa ja haluaa siihen muutosta, tällöin esimerkiksi mitään päihderiippuvuutta ei välttämättä ole. Peliongelmaa lähestytään melko samalla tavalla kuin esimerkiksi juomista. Kartoitetaan pelaamisen ilmenemistä (vältetään ongelmapuhetta!), sen vaikutusta ympäristöön ja asiakkaaseen itseensä. Tehdään hoitosuunnitelma pelaamisen vähentämiseksi/lopettamiseksi, autetaan suunnittelussa, esimerkiksi velkojen takaisin maksamisen suunnittelussa ja muun tiedon antamisessa. Kerrotaan, että muutos voi viedä kauan, retkahduksia voi tulla, mutta liike on tässäkin tärkein sekä sitoutuminen. Ohjaamme asiakkaat vertaisryhmiin.”(A-klinikka.)

Helsingin Vammaisten sosiaalityöstä kerrottiin, että kyseessä voi olla peliongelma, mikäli henkilöllä on taloudellisia vaikeuksia joiden syytä ei tiedetä. Vanhusten palvelujen vastuualueellakin asiaa selvitetään keskusteluin ja kysymyksin, mutta ”ei kysytä, jos ei ole itse ottanut asiaa puheeksi”.

TAULUKKO 24. Yhteenveto ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) tavoista selvittää asiakkaiden peliongelmaa

Asiakkaiden peliongelman selvittäminen	
Ruohonjuuritason vastaajat	<p>Eri kaupungeissa ja eri toimipisteissä asiakkaiden peliongelmaa pyrittiin selvittämään joko muiden ongelmien tai kokonaistilanteen selvittämisen yhteydessä.</p> <p>Missään kaupungissa ja missään toimipisteessä asiakkaan peliongelmaa ei selvitetä tai kysytä systemaattisesti.</p> <p>Monissa toimipisteissä peliongelmaa selvitetään vasta, jos asiakas itse uskaltaa kertoa siitä tai esimerkiksi maksamatta jääneet vuokrat paljastavat asian.</p> <p>A-klinikoillakin asiakas itse määrittelee ongelmansa. Jos hän ei tuo esille peliongelmaa, sitä ei kysytä.</p> <p>Talous- ja velkaneuvonnassa sekä sosiaalisessa luototuksessa asiaa pyritään selvittämään, jos vähänkin epäillään tai tulee ilmi pelivelkoja.</p> <p>Näin toimitaan myös joissakin yksittäisissä toimipisteissä.</p>

## Eri toimipisteiden järjestämät palvelut ongelmapelaajille

Useimmiten eri kaupunkien eri toimipisteissä työskentelevät vastasivat, että ongelmapelaajille ei ole järjestetty erityisesti mitään palveluja. Esimerkiksi Hämeenlinnasta vastanneet kertoivat, että erityispalveluja ei ole. Osa täsmensi vastauksiinsa siten, että palveluja tarjotaan muiden palvelujen ohessa: ”Ei erityisesti tähän kohdennettuja” (Psykiatrian poliklinikka); ”Ei erityispalveluja” (Aikuispsykiatria); ”Erityisesti ongelmapelaajille ei ole, muun hoidon ohessa käsitellään peliongelmia” (Nuorisopsykiatria); ”Ei erityisesti, sama perheterapiapalvelu, muiden asioiden yhteydessä.” (Perheneuvola); ”Koska asia ei ole tullut täällä asioidessa esille, ei ole järjestetty mitään” (Maahanmuuttajien palvelupiste); ”Ohjaajat keskustelevalt asiasta, ohjataan muun muassa kouluterveydenhuollon pariin” (Nuorisotoimisto).

Peliongelmaisille tarjotaan tyypillisesti sitä palvelua mitä toimipisteessä tarjotaan kaikille muillekin asiakasryhmille, ja sen jälkeen ongelmapelaajat ohjataan tarvittaessa eteenpäin. Eteenpäin ohjauksen suunta on usein A-klinikka. Esimerkiksi kyselyyn vastanneiden Helsingin sosiaaliasemien johtavien sosiaalityöntekijöiden mukaan yhdelläkään Helsingin sosiaaliasemilla ei ole järjestetty palveluja erityisesti ongelmapelaajille, vaan he ”asioivat normaalisti” ja heidät ohjataan A-klinikoille. Yhtä lukuun ottamatta Helsingin A-klinikoilta vastanneet kuitenkin kertoivat, ettei niissä ole nimenomaan ongelmapelaajille suunnattuja erityispalveluja vaan samat palvelut kuin päihdeongelmaisillekin: ”*Erillisiä palveluja ongelmapelaajille ei ole. He saavat samat palvelut kuin päihdeongelmaiset; yksilö- ja perhekeskusteluja, akupunktiota ja tarvittaessa lääkinnällistä apua*” (A-klinikan johtaja); ”Tarjolla samat palvelut kuin päihderiippuvaisille (hoidon tarpeen arviointi, terapeuttinen ja lääkinnällinen kuntoutus, fysioterapia, akupunktiohoito ja niin edelleen)” (Johtava sosiaaliterapeutti).

Kun tarkastellaan muista kaupungeista tulleita vastauksia, usein oli ainoastaan A-klinikoilla järjestetty palveluja peliongelmaisille. Espoon A-klinikkatoimessa palvelut olivat yksilö- ja ryhmäterapiaa. Muut Espoon toimipisteissä työskentelevät tiesivät, että A-klinikoilla on palveluja ja kertoivat ohjaavansa asiakkaat eteenpäin juuri Espoon A-klinikoille: ”*Palveluja ei ole, mutta alkukartoituksen jälkeen ohjataan eteenpäin A-klinikalle*” (Sosiaali- ja kriisipäivystys); ”*Velat kartoitetaan ja ohjataan hoitoon*” (Talous- ja velkaneuvonta); ”*Terapioita ei ole, tarvittaessa harkitaan edunvalvojan hankkimista, velkaneuvontaa ja tilanteen tarkempaa kartoitusta, ohjataan A-klinikalle*.” (Psykiatrinen poliklinikka.)

Myös Hämeenlinnassa ainoa peliriippuvaisille palveluja järjestävä taho oli A-klinikalta tulleen vastauksen mukaan juuri A-klinikka:

*”Yksilövastaanotolle pääsee ilman ajanvarausta joka arkipäivä aamupäivisin. Terapiapalvelut ovat avopalveluna tarjolla. Ryhmähoitoa on ollut tarjolla kaksi vuotta, nyt ryhmä tauolla koska ei osallistujia. Kahdesti aikaisemmin aloitettu paikkakunnalla ryhmä, ensimmäinen GA-ryhmä, ve-*

*tätä lopetti, jolloin ryhmä hajosi. Toinen vertaistukiryhmä, joka hajosi kun ryhmäläisillä oli paljon erilaisia ongelmia, joita vetäjänä ollut piti liian vaikeina maallikolle. Kolmas ryhmä, ajoittain 4–5 hengen ryhmä, lopetettiin kun läsnä yksi tai ei ketään. Alueelle ei vielä ole kertynyt pelaamisen lopettaneita ryhmäksi asti. Laitoshoitoon maksetaan tarvittaessa.” (A-klinikka)*

Vantaan aikuissosiaalityön vastaajat kertoivat, että sosiaaliasemalta ongelmapelaajat ohjataan joko nuorisoasemalle tai A-klinikalle. Vantaan A-klinikalla peliongelmaisille oli järjestetty eteenpäin ohjausta sekä pelaajille tarkoitettuun ryhmään että laitoshiitoon.<sup>31</sup> Vantaan nuorisoasemalta vastattiin, että siellä järjestetään hoitoa ja tapaamisia yhdessä perheenjäsenten kanssa: hoitoon pääsyn edellytyksenä pelaamisen pitää olla riippuvuustasoista ja sen täytyy haitata arkielämässä selviytymistä, esimerkiksi opiskelua tai sosiaalista elämää. Vantaan katkaisuhuoltoaseman vastaaja kertoi, että jatkohoidon suunnittelussa peliongelma pyritään ottamaan huomioon, mutta ongelmana on peliongelmaan keskittyneiden jatkohoitopaikkojen vähyys. Jyväskylässä peliongelmaiset asiakkaat ohjataan aina Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätöön, jonne on keskitetty peliongelmaisten erityispalvelut.

**TAULUKKO 25.** Yhteenveto ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) toimipisteissä järjestettävistä palveluista ongelmapelaajille

Eri kaupunkien ja toimipisteiden järjestämät palvelut ongelmapelaajille	
Ruohonjuuritason vastaajat	Ainoastaan A-klinikoilla on järjestetty palveluja ongelmapelaajille. Muut tahot eivät juuri järjestä palveluja ongelmapelaajille, vaan antavat palveluja kaikille asiakkaille palvelun sisällön mukaan ja ohjaavat ongelmapelaajat eteenpäin.

## Ongelmapelaaja-asiakkaiden ohjautuminen ja ohjaaminen eri toimipisteisiin

Kyselyssä tiedusteltiin, *ohjataan*ko asiakkaita peliongelman vuoksi vastaajan toimipisteeseen. Yhteistä eri kaupungeista tulleille vastauksille on se, että A-klinikat ja Talous- ja velkaneuvonta ovat niitä toimipisteitä, jonne ongelmapelaajia ohjataan.<sup>32</sup> Vantaan, Helsingin, Espoon ja Hämeenlinnan A-klinikoille ongelmapelaajia ohjataan tyypillisesti sosiaalitoimesta. Vantaan ja Helsingin A-klinikalta kerrottiin, että heille ohjataan ongelmapelaaja-asiakkaita myös psykiatrian poliklinikoilta ja työ-

<sup>31</sup> Vantaan A-klinikalta kerrottiin, että siellä oli esillä myös esitteitä, esimerkiksi Opas pelaamisen vähentäjälle ja lopettajalle.

<sup>32</sup> Myös Turjan (2006) tutkimuksessa ongelmapelaajia käytännön auttamistyössä kohtaava hoitohenkilökunta mainitsi ongelmapelaajille useimmiten tarjottuna palveluna ohjauksen ja neuvonnan velkaneuvontaan ja A-klinikalle.

terveyshuollosta. Hämeenlinnan A-klinikan sosiaaliterapeutin mukaan myös koulut lähettävät A-klinikalle nuoria asiakkaita.

Espoon Talous- ja velkaneuvonnasta kerrottiin, että heille asiakkaita ohjaa moni eri taho, kuten sosiaalitoimisto, psykiatrian poliklinikka ja sukulaiset. Espoon Sosiaalisesta luototuksesta kerrottiin, että viranomaiset ohjaavat sinne asiakkaita tietämättä peliongelmaista, ajatuksenaan ratkaista asiakkaan taloudellinen tilanne. Myös moniin yksittäisiin toimipisteisiin ohjataan asiakkaita eri tahoilta. Vantaan ja Helsingin nuorisoasemille ongelmapelaajia ohjaavat lastensuojelu, koulu tai vanhemmat.

Vantaan ja Helsingin aikuissosiaalityöstä kerrottiin, että sinne ongelmapelaaja-asiakkaita ei muualta ohjata, paitsi jos raha-asiat vaativat selvittelyä. Helsingissä myös asumisneuvojalta voi tulla tietoa/ohjausta asiakkaista, varsinkin jos asunto on menossa häätöön vuokrarästien takia. Monet muutkin eri kaupunkien työntekijät vastasivat yksiselitteisesti, ettei vastaajan toimipisteeseen ohjattu asiakkaita peliongelman vuoksi. Tällaisia paikkoja olivat muun muassa Espoon nuorisotila ja Espoon psykiatrian poliklinikka. Osa näistä paikoista täsmensi vastaustaan: *”En ole kohdannut työurallani tässä toimipisteessä (vajaan kahden vuoden aikana) yhtään asiakasta, joka olisi ohjattu peliongelman vuoksi toimipisteeseemme.”* (Kotipalvelu, Hämeenlinna); *”Ei ole ohjattu, eikä ole tällä hetkellä tietoa, mihin ohjattaisiin.”* (Maahanmuuttajien palvelupiste, Hämeenlinna). Osa vastaajista (esimerkiksi Espoon Sosiaali- ja kriisipäivystys) kuitenkin kertoi, että ihmiset ottavat itse heihin suoraan yhteyttä, vaikka heille ei varsinaisesti ohjata.

Ruohonjuuritason työntekijöiltä kysyttiin myös, *minne he ohjaavat ongelmapelaaja-asiakkaitaan eteenpäin.* Jyväskylältä, Helsingistä ja Vantaalta vastanneilla oli yhtenäiset käsitykset. Jos Jyväskylän jossakin toimipisteessä kohdataan ongelmapelaaja, hänet ohjataan eteenpäin Jyväskylän Päihdesäätön palveluihin. Helsingissä kaikki sosiaaliasemien johtavat työntekijät ohjasivat ongelmapelaajat tyypillisesti A-klinikoille, mutta myös muualle: *”Ohjataan A-klinikalle, soittamaan Peluuri-palveluun. Olen kertonut asiakkaille myös Sosiaalipedagogiikan säätön maahanmuuttajanuorten pelaajaprojektista”* (Sosiaaliasema); *”Yleensä ohjataan A-klinikalle jatkohoitoon – ei ole tietoa kuinka kiinnittyvät palveluihin. Asiakkaat ovat usein työssäkäyviä eikä toimeentuloasiakkuus jatku enää meillä.”* (Sosiaaliasema); *”Ohjataan A-klinikalle, Nuorisoasemalle tai annetaan Peluurin yhteystiedot. Annetaan informaatiota mistä apua voi hakea”* (Sosiaaliasema).

Myös Vantaalta vastanneet tiesivät, minne ongelmapelaaja ohjataan eteenpäin, yleensä A-klinikalle: *”A-klinikalle, usein annetaan myös tiedoksi osoitteita ja yhteystietoja, josta voi hakea apua.”* (Sosiaaliasema); *”A-klinikalle, nuorisoasemalle, katkaisuhuoltoasemalle (mikäli selkeästi päihteen mukana) ja peliriippuvaisen ryhmään ennalta ehkäisevän päihdetyön yksikössä.”* (Sosiaaliasema); *”Pääasiassa A-klinikalle, hoitamaan peliongelmaa yhdessä muiden riippuvuuksien kanssa, sekä vertaisryhmiin. Laitoshoitojahan ei peliongelmiin juurikaan ole tarjolla, pois*

*luettuna Tyynelä. Peluurista infotaan, mutta yleisesti ottaen katkaisuhuitoaseman asiakkaat tarvitsevat vähän tukevampaa hoitoa.”*

Espoossakin eteenpäin ohjauksen suunta oli kutakuinkin selvä: A-klinikalle, mutta asiakkaan tarpeen mukaan myös muihin paikkoihin. Espoon Talous- ja velkaneuvonnasta sekä Espoon sosiaalisesta luototuksesta ongelmapelaajia oli ohjattu A-klinikalle, sosiaalitoimistoon, Peluuriin ja vertaisryhmään. Myös psykiatrian poliklinikalta ongelmapelaajia oli ohjattu ”yleensä A-klinikalle”. Nuorisoasemista Espoon Nuorisoasemalla ei ollut tietoa, mihin ongelmapelaaja-asiakkaan voisi ohjata eteenpäin. Helsingin Nuorisoasemilta ongelmapelaajat ohjattiin joko GA-ryhmiin, mielenterveyspalveluihin, päihdehuollon SAS-ryhmään tai Tyynelän hoitokotiin.

Myös Hämeenlinnan eri toimipisteistä ongelmapelaaja-asiakkaat ohjattiin usein A-klinikalle: ”Joitakin on ohjattu A-klinikan kautta eteenpäin” (Psykiatrian yksikkö); ”A-klinikalle” (Aikuispsykiatria); ”Pääsääntöisesti ottamaan itse yhteyttä suoraan A-klinikalle” (Perheneuvola); ”Ohjataan sosiaalityöntekijän ja A-klinikan vastaanotolle” (Kotipalvelu). Hämeenlinnasta saapuneissa vastauksissa oli eniten epätietoa siitä, mihin ongelmapelaaja pitäisi ohjata. Osa ei osannut sanoa, mihin ongelmapelaaja ohjataan tai ei ollut ohjannut ongelmapelaajia eteenpäin. Toinen kotipalvelun työntekijöistä vastasi ohjaavansa asiakkaan ”luontevan” toimipisteen piiriin: ”Meillä ei ole ongelmapelaajille erikseen omia palveluja, jonka vuoksi jos kohtaan ongelmapelaaja-asiakkaan, niin selvittelemme aluksi tilannetta, jonka jälkeen ohjaan hänet sen palvelun piiriin, jonka kautta tilannetta on luonteva työstää. Tarvittaessa minulla on työparina sosiaalityöntekijä, jonka kanssa lähdemme työstämään asiaa ja hakemaan tarvittaessa lisäapua.” (Kotipalvelu)

A-klinikoilta ongelmapelaajat ohjataan Helsingissä vastanneiden mukaan yleensä vertaistukiryhmiin, mutta myös muihin erikoistuneisiin palveluihin. Harvoin ohjataan laitospalveluihin: ”GA, A-klinikkasäätien palvelut, harvoin laitoshoidon.” (Johtava sosiaaliterapeutti): ”Avopalveluina ohjataan A-klinikan omiin palveluihin, Sosiaalipedagogiikan säätien ryhmiin, GA-ryhmiin, annetaan infoa Peluurista. Erittäin harvoin ohjataan laitospalveluihin. Järvenpään sosiaalisairaala on jonkun verran käytetty *peliongelmaisten kaksoisdiagnoosi*asiakkaiden kohdalla.” (Johtava sosiaaliterapeutti.); ”GA-ryhmiin, Rapeli-yhteisöön.” (Johtava sosiaaliterapeutti.)

Myös Vantaan A-klinikan johtavan sosiaalityöntekijän mukaan ongelmapelaajat ohjataan A-klinikalta yleensä ryhmiin, mutta asiakkaita on ollut myös laitostuntoutuksessa. Vantaan nuorisoaseman johtavan sosiaalityöntekijän mukaan he hoitavat itse ongelmapelaaja-asiakkaansa: ”Pelaamisen liittyvän problematiikan takia eteenpäin hoitoon ohjauksia ei ole ollut, vaan nämä asiakkaat ovat saaneet hoidon tästä yksiköstä. Jos nuorisoaseman hoidon aikana havaitaan psykiatrisen hoidon tarvetta, ohjaus ja lähete tehdään. Puhelintiedustelujen yhteydessä suosittelemme yhteydenottoa Peluuriin.”

Espoon A-klinikkatoimesta kerrottiin, että ongelmapelaajia oli ohjattu eteenpäin ”Rapeliin ja Tyynelän kuntoutuskotiin, jolloin on pyydetty maksusitoumus

Espoon kaupungin SAS-ryhmältä”. Sosiaali- ja kriisipäivystyksestä kerrottiin, että ”eräs asiakas oli ennen meille tuloa jo varannut ajan A-klinikalta, koska jonot olivat sinne pitkät, hän oli tänne yhteydessä”. Hämeenlinnan A-klinikalta kerrottiin, että he eivät ohjaa asiakkaita muualle, koska he hoitavat asiakkaat itse tai ohjaavat tarvittaessa laitoskuntoutukseen.

TAULUKKO 26. Yhteenveto ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) luokse ohjautuvista ongelmapelaajista ja ruohonjuuritason vastaajien käsityksistä ongelmapelaaja-asiakkaiden eteenpäin ohjaamisesta

Ongelmapelaaja-asiakkaiden ohjautuminen ja ohjaaminen eri toimipisteisiin		
	Ongelmapelaaja-asiakkaiden ohjautuminen eri toimipisteisiin	Ongelmapelaaja-asiakkaiden eteenpäin ohjaaminen
Ruohonjuuritason vastaajat	<p>A-klinikat ja Talous- ja velkaneuvonta ovat tyypillisiä toimipisteitä, jonne ongelmapelaajia ohjattiin.</p> <p>A-klinikoille asiakkaita ohjaava taho on usein sosiaalitoimi.</p> <p>Talous- ja velkaneuvontaan asiakkaita ohjataan monesta eri tahosta, asiakkaat ottavat myös itse yhteyttä ilman varsinaista ohjausta.</p> <p>Sosiaaliseen luototukseen ohjataan asiakkaita taloudellisen tilanteen vuoksi tietämättä asiakkaan peliongelmistä.</p> <p>Moniin yksittäisiin toimipisteisiin ohjataan asiakkaita eri tahoilta: lastensuojelusta ohjataan ongelmapelaaja-asiakkaita nuorisosemalle, perusterveydenhuollosta ohjataan asiakkaita psykiatrian palveluihin.</p> <p>Moniin toimipisteisiin ongelmapelaajia ei ohjata lainkaan.</p>	<p>Jyväskylässä, Helsingissä ja Vantaalla oli yhtenäiset käsitykset ongelmapelaajien eteenpäin ohjaamisesta.</p> <p>Jyväskylässä ongelmapelaaja-asiakas ohjataan Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiöön, Helsingissä ja Vantaalla A-klinikalle.</p> <p>Myös Espoossa ja Hämeenlinnassa ohjauksen suunta oli usein A-klinikalle.</p> <p>Erityisesti Hämeenlinnasta saapuneissa vastauksissa oli kuitenkin epätietoisuutta siitä, minne ongelmapelaaja-asiakas tulisi ohjata.</p> <p>A-klinikat hoitivat asiakkaat itse tai ohjasivat eteenpäin esimerkiksi Rapeli-yhteisöön, Sosiaalipedagogiikan säätiöön, Peluuriin tai laitoshoitoon.</p>

## Tuen ja hoidon tarpeen arviointi sekä maksusitoumusten myöntäminen

Jyväskylän toimipisteiden vastaajia lukuun ottamatta eri kaupungeista vastanneet eivät osanneet yksiselitteisesti nimetä tahoja, joka arvioi asiakasta koskevan tuen ja hoidon tarpeen. Jyväskylässä tulleissa vastauksissa korostuu Jyväskylän Päihdepalvelusäätiön merkitys. Vastaajien mukaan Jyväskylässä ongelmapelaaja-asiakas-

ta koskevan tuen ja hoidon tarpeen arvioi Päihdepalvelusäätiö, mutta myös psykiatrian poliklinikat.

Espoon, Vantaan ja Helsingin toimipisteiden työntekijöiden vastaukset vaihtelivat kovasti siitä, kuka näillä alueilla arvioi ongelmapelaaja-asiakkaan tuen ja hoidon tarpeen. Espoon Nuorisotilalta ei osattu sanoa, kuka hoidon tarpeen arvioi. Espoon A-klinikkatoimen mukaan tuen ja hoidon tarpeen arvioi ”asiakas itse, omainen tai sosiaalitoimisto”, Espoon Talous- ja velkaneuvonnan mukaan sen arvioi ”velkaneuvonta, psykiatrian poliklinikka tai A-klinikka” ja psykiatrisen poliklinikan mukaan tuen tarpeen arvioi ”A-klinikka”. Sosiaalisen luototuksen edustaja kertoi, että ”itse arvioin asiakastapaamisessa, tukea ja hoitoa tarjoan aina”. Sosiaali- ja kriisipäivystyksestä vastattiin, että *”tietääkseni ei ole mitään toimintamallia, lääkärin, sosiaalityöntekijät ja muut arvioivat tuen ja hoidon tarpeen, A-klinikka käsittelee tärkeässä asemassa.”*

Puolet Helsingin sosiaaliasemien vastaajista oli sitä mieltä, että tuen ja hoidon tarpeen määrittää A-klinikka ja puolet sitä mieltä että sosiaaliasemat. Yksi Helsingin johtava sosiaalityöntekijä kertoi, että ”Sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja tekee alkuarvion ja lähettää A-klinikalle jatkotoimenpiteisiin”. Helsingin A-klinikoilta vastanneiden mukaan tuen ja hoidon tarpeen määrittävät laitoshoidon osalta Helsingissä A-klinikat ja katkaisuhuoltoasema. Osa A-klinikan vastaajista kertoi, että tuen ja hoidon tarpeen arvioivat myös nuorisoasemat, terveysasemat, työterveysasemat ja psykiatrian poliklinikat. Helsingistä vastanneiden nuorisoasemien työntekijöiden mukaan tuen ja hoidon tarpeen määrittävät A-klinikka, nuorisoasema ja mielenterveysasema.

Vantaallakaan osa vastaajista ei ihan tarkkaan osannut sanoa, kuka arvioi Vantaalla ongelmapelaaja-asiakkaan tuen ja hoidon tarpeen. A-klinikalta tulleen vastauksen mukaan A-klinikka määrittää tuen ja hoidon tarpeen. Toiselta sosiaaliasemalta tulleen vastauksen mukaan A-klinikka määrittää tuen tarpeen, kun taas toiselta sosiaaliasemalta tulleen vastauksen mukaan tuen tarpeen määrittää A-klinikan lisäksi nuorisoasema tai katkaisuhuoltoasema (mikäli mukana päihtee). Katkaisuhuoltoasemalla ei ollut täyttä varmuutta asiasta: ”Hyvä kysymys, kuvittelisin, että A-klinikka on ensisijainen paikka johon hakeudutaan hoitoon”. Vantaan nuorisoasemalta vastattiin, että ”tietojemme mukaan olemme ainoa paikka Vantaalla joka tarjoaa hoitoa peliriippuvuuteen alle 21-vuotiaille nuorille”.

Hämeenlinnassa lähes puolet vastaajatahoista ei osannut sanoa lainkaan, kuka alueella arvioi peliongelmaista asiakasta koskevan tuen ja hoidon tarpeen, muilla oli asiasta kirjavia näkemyksiä: ”Omalääkäri, depressiolääkäri” (Terveysasema); ”Terveyskeskus” (Psykiatrian poliklinikka); ”A-klinikka” (Aikuispsykiatria); ”A-klinikka? Nuorten osalta? Nuorisopsykiatrialla toistaiseksi hoidettu osana muuta kokonaisuutta.” (Nuorisopsykiatria); ”Sosiaalityö” (Kotipalvelu); ”A-klinikka arvioi” (A-klinikka); ”Oppilasterveydenhuollon kautta asiaa viedään eteenpäin” (Nuorisotoimisto).



Vantaalta ja Jyväskylästä tulleita vastauksia lukuun ottamatta muiden kaupunkien vastaajien oli vaikeuksia myös nimetä tahoa, joka päättää **maksusitoumusten myöntämisen**. Vantaalla maksusitoumusten myöntämisestä päättää yksiselitteisesti SAS-ryhmä (SAS = selvitä, arvioi, sijoita). Maksusitoumusten myöntäminen hoidetaan keskitetysti: ”A-klinikan työntekijät tekevät suunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa ja lähettävät sen SAS-työryhmään. Työryhmä tekee lopullisen päätöksen laitoshoidon tarpeellisuudesta”. (A-klinikka) Jyväskylässä kaupungin ulkopuolisia laitoshoidon tarpeellisuudesta päätetään päihdehuollon johtaja.

Espoossa ja Helsingissä oli epätietoisuutta siitä, kuka arvioi asiakkaan maksusitoumuksen tarpeen. Espoon nuorisotilasta ei osattu vastata tähän. Espoon A-klinikkatoimen vastaajan mukaan maksusitoumusten myöntämisestä päättää ”SAS-ryhmä”, Espoon Sosiaali- ja kriisipäivystyksen mukaan ”Perhekeskuksen sosiaalityöntekijät”, Espoon Talous- ja velkaneuvontayksikön mukaan ”sosiaalitoimisto, mielenterveys- ja päihdepalvelut (saaminen nihkeää)”, Espoon Sosiaalisen luototuksen vastaajan mukaan ”ilmeisesti sosiaalitoimisto” ja psykiatrisen poliklinikan mukaan ”sosiaalitoimisto”.

Helsingissä sosiaaliasemilta tulleet vastaukset maksusitoumusten myöntämistahoista vaihtelivat. Johtavat sosiaalityöntekijät kertoivat maksusitoumuksen myöntäjätahoja olevan A-klinikoiden, sosiaaliasemien ja SAS-ryhmien (esitykset laitoshoidon). Helsingin A-klinikoilta kerrottiin, että A-klinikat tekevät maksusitoumuksen: ”A-klinikat tekevät maksusitoumuksen kuntaosuudelle, asiakasmaksun hoitaa asiakas itse tai menee sosiaalitoimistoon sen kanssa”. Yhdessä A-klinikalta tullessa vastauksessa täsmennettiin maksusitoumuksen myöntöperusteita näin: ”Helsingin omiin laitoksiin ja ostopalvelulaitoksiin maksusitoumuksen myöntää A-klinikan sosiaaliterapeutti. Mikäli maksusitoumus haetaan yksityisiin maksusitoumuspaikkoihin, A-klinikan työntekijä esittelee pyynnön päihdehuollon SAS-ryhmälle. Järvenpään sosiaalisairaalan käytöstä päättää Helsingin terveysviraston psykiatrian ylilääkäri”. (Sosiaaliasema) Helsingin Nuorisoaseman vastaajan mukaan maksusitoumuksen myöntävät nuorisoasemat yhteistyössä päihdehuollon sijoitus- ja arviointiryhmän kanssa, alaikäisten osalta lastensuojelu.

Hämeenlinnasta vastanneiden vastaukset maksusitoumusten myöntämistahosta vaihtelivat: ”Aikuispsykiatrian yksikkö” (Terveysasema); ”Kunta” (Psykiatrian poliklinikka); ”Ohjaisin sosiaalivirkailijan puoleen” (Kotipalvelu); ”Sosiaalityöntekijä maahanmuuttajien palvelupisteessä” (Maahanmuuttajien palvelupiste); ”A-klinikka” (A-klinikka).



TAULUKKO 27. Yhteenvedo ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) näkemyksistä ongelmape-  
laajien tuen ja hoidon tarpeen arvioinnista sekä maksusitoumusten myöntämisestä

Tuen ja hoidon tarpeen arviointi sekä maksusitoumusten myöntäminen	
Ruohonjuuri- tason vastaajat	Jyväskylän vastaajia lukuun ottamatta eri kaupunkien vastaajat eivät osanneet yksiselitteisesti nimetä sitä, mikä taho arvioi asiakasta koske- van tuen ja hoidon tarpeen. Vantaata ja Jyväskylää lukuun ottamatta eri kaupungeilla oli vaikeuk- sia myös nimetä tahoja, joka päättää maksusitoumusten myöntämisen. Erityisesti Hämeenlinnassa oli kirjavia näkemyksiä hoidon tarpeen ar- viointitahosta ja maksusitoumusten myöntäjätahosta.

## Moniammatillisen tiimin käyttö tuen ja hoidon tarpeen arvioinnissa

Asiakkaan hoidon ja tuen tarvetta arvioidaan moniammatillisessa tiimissä silloin, jos vastanneessa toimipisteessä oli muutoinkin toiminnassa moniammatillinen tiimi – ja joissakin toimipisteissä vain silloin, jos tiimiarviointille oli tarvetta. Tiimi-työskentely ei siis liittynyt erityisesti juuri ongelmape-laajiin.

Eri kaupungeissa työskentelevät vastaajat luettelivat vastauksessaan tähän kysymykseen moniammatillisen tiimensä kokoonpanon. Esimerkiksi Jyväskylän aikuispsykiatriassa asiakkaan tuen ja hoidon tarvetta arvioidaan moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluu kolme psykologia, neljä sairaanhoitajaa ja kaksi lääkäriä. Jyväskylän aikuissosiaalityön johtava sosiaalityöntekijä puolestaan kertoi, että hän ei yleensä käytä moniammatillista tiimiä, mutta peliongelma saattaa tulla esille esimerkiksi asiakkaan verkostopalaverissa, jossa keskustellaan enemmänkin päihde-ongelmasta.

Vantaalla sosiaaliasemien vastaajia lukuun ottamatta kerrottiin, että kenen tahansa asiakkaan tuen ja hoidon tarvetta arvioidaan moniammatillisessa tiimisä: ”Arvioidaan aina tiimissä. Katkaisuhuoltoasemalla työskentelee johtava sosiaalityöntekijä, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, lääkäri ja ohjaaja, jolla on vähintään sosiaali- ja terveydenhuollon perustutkinto.” (Vantaan katkaisuhuoltoasema); ”Tarpeen mukaan (sairanhoitaja, lääkäri, sosiaalityöntekijä).” (A-klinikka); ”Kaikki uudet asiakkaat käsitellään työryhmän kesken, tiimipalaverissa maanantaisin. Työryhmän jäsenten koulutustaustat ovat muun muassa seuraavat: sosiaalityöntekijä, lähihoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalikasvattaja.” (Vantaan nuorisose-  
masema.)

Espoossa asiakkaan tuen ja hoidon tarvetta ei arvioitu moniammatillisessa tiimissä Nuorisotalolla, Talous- ja velkaneuvontayksikössä (”paitsi jos verkostota-  
paaminen asiakkaan asiassa”) eikä Sosiaalisessa luototuksessa: ”Ei, sillä arvioin si-  
tä itse, en ole osa moniammatillista tiimiä”. Myöskään A-klinikkatoimessa ei ollut

käytössä moniammatillista tiimiä: ”Työntekijät voivat keskustella keskenään, esimerkiksi sairaanhoitaja ja sosiaaliterapeutti, ei varsinaisesti tiimissä”. Espoon muissa vastaajatahoissa asiakkaan tuen ja hoidon tarvetta arvioitiin moniammatillisessa tiimissä: ”Kyllä, psykiatri, sosiaalityöntekijä, psykologi, psykiatrinen erikoissairaanhoitaja ja *toimintaterapeutti arvioi*” (psykiatrian poliklinikka); ”Asiakastapaamiset tehdään parityöskentelynä. Lähtökohta on, että parina toimii sosiaalityöntekijä ja psykiatrinen sairaanhoitaja” (Sosiaali- ja kriisipäivystys).

Helsingistä vastanneiden sosiaaliasemien työntekijöiden vastaukset moniammatillisen tiimin käytöstä vaihtelivat: ”Ei kuulu toimipaikkamme tehtäviin”; ”Joskus sosiaaliohjaajan ja sosiaalityöntekijän kesken, enimmäkseen itse”; ”Arvioidaan sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien yhteisissä case-palaverissa, mihin osallistuu myös johtava sosiaalityöntekijä”. Kaikilla Helsingistä vastanneilla A-klinikoilla käytettiin moniammatillista tiimiä: ”Arvioidaan kerran viikossa tapahtuvissa hoitotiimeissä ja myös ulkopuolisen työnohjaajan työnohjauksissa. Tiimeihin kuuluu *sosiaaliterapeutteja, sairaanhoitajia ja lähihoitajia*”; ”*Hoidon tarve arvioidaan moniammatillisessa tiimissä: sairaanhoitaja, sosiaaliterapeutti ja lääkäri. Tarvittaessa on fysioterapeutti mukana.*” Helsingistä vastanneilta nuorisoseamilta kerrottiin lyhyesti, että hoitotiimiin kuuluu sosiaalityöntekijöitä, sairaanhoitaja, lääkäri ja ohjaaja.

Hämeenlinnassa asiakkaan tuen ja hoidon tarvetta arvioitiin moniammatillisessa tiimissä, lähes kaikissa työyhteisössä oli sellainen: ”Kyllä, psykiatri, sairaanhoitaja, psykologi, tarvittaessa kuntoutusohjaaja ja muut erityistyöntekijät” (Psykiatrian poliklinikka); ”Osastojen ja poliklinikoiden tiimit. Lääkäri, sosiaalityöntekijä, hoitaja, psykologi” (Aikuispsykiatria); ”Lääkäri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä” (Nuorisopsykiatria); ”Psykologeja ja perheneuvoja (sosiaalityöntekijöitä)” (Perheneuvola); ”*Varmasti arvioitsimme, tiimissä on sosiaalityöntekijä, ohjaaja ja terveydenhoitaja*” (Maahanmuuttajien palvelupiste); ”Tiimiin kuuluu kaksi päivystävää sairaanhoitajaa, nuorisoterapeutti, kaksi terapeuttia ja vastaava sosiaaliterapeutti sekä lääkäri” (A-klinikka); ”*Jos tarvetta kyllä, nuorisohjaaja, sosiaalityöntekijä, terveydenhoitaja ynnä muita tarpeen mukaan.*” (Nuorisotoimisto); ”*Työparinani tarvittaessa toimii sosiaalityöntekijä. Saan tukea kollegoiltani ja esimiehiltäni tarvittaessa. Kotihoidon asiakasta hoitavaan tiimiin kuuluu kotipalveluhenkilöstö ja kotisairaanhoitaja, tarvittaessa kotiutushoitaja, lääkäri ja muu asiantuntija*” (Kotipalvelu).

TAULUKKO 28. Yhteenvedo ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) vastauksista moniammatillisen tiimin käytöstä tuen ja hoidon tarpeen arviointiin

Moniammatillisen tiimin käyttö tuen ja hoidon tarpeen arvioinnissa	
Ruohonjuuritason vastaajat	Asiakkaan hoidon ja tuen tarvetta arvioidaan moniammatillisessa tiimissä, jos vastanneessa toimipisteessä on muutoinkin tällainen tiimi. Tiimityöskentely ei liity erityisesti ongelmapelaajiin.

## Eri ongelmapelaaja-asiakasryhmien soveltuvuus toimipisteiden palveluihin

Vastaajia pyydettiin kuvaamaan eri ongelmapelaaja-asiakasryhmien (esimerkiksi eläkeläisten, opiskelijoiden, työttömien, päihdeongelmaisten, mielenterveysongelmaisten) soveltuvuutta omaan toimipisteeseen. Tyypillisesti eri kaupunkien toimipisteissä nähtiin heille soveltuviksi kaikki eri ongelmapelaaja-asiakasryhmät, jotka muutenkin soveltuvat kunkin toimipisteen palveluihin. Esimerkiksi nuorisoasemalle soveltuvaksi nähtiin muutenkin nuorisoaseman kohderyhmä: kaikki alle 21-vuotiaat ovat oikeutettuja asioimaan nuorisoasemalla. Vanhusten palvelun vastuualueella kohderyhmänä ovat puolestaan yli 65-vuotiaat eläkeläiset. Aikuissosiaalityön yksikköön soveltuviksi nähtiin kaikki 18–64-vuotiaat, vastaajien mukaan tästä ikäryhmästä löytyy esimerkiksi opiskelijoita, työttömiä, mielenterveysongelmaisia, eläkeläisiä ja maahanmuuttajia, joilla voi olla kaikkea mahdollista problematiikkaa.

Osa eri kaupunkien sosiaaliasemien työntekijöistä vastasi, ettei ongelmapelaajista juurikaan puhuta toimistossa. Osa päivystysluontoisten toimipaikkojen vastaajista täsmensi vastaustaan kertomalla, että kaikki ryhmät sopivat, mutta varsinaista peliriippuvuutta ei hoideta, vaan asiakas ohjataan eteenpäin. Näin toimivat esimerkiksi Espoon psykiatrian poliklinikka ja Espoon Sosiaali- ja kriisipäivystys.

Talous- ja velkaneuvonnassa ja Sosiaalisessa luototuksessa ongelmapelaajat katsottiin heidän palveluihinsa soveltuviksi vasta sitten kun peliongelma on hallinnassa, sillä muuten talousongelmia ei voitu ratkoa: ”Sosiaalinen luototus on luotonantona, ongelmapelaaminen on riski lainan takaisinmaksulle, näin ollen ongelmapelaajat eivät hoitamattomana ole asiakasryhmäämme.” (Sosiaalinen luototus); ”Eivät sovellu asiakkaiksemme ennen kuin peliongelma on hallinnassa.” (Talous- ja velkaneuvonta).

Eri kaupunkien A-klinikoilla nähtiin asiakkaiden soveltuvuus toimipisteiden palveluihin eri tavoin. Vantaan A-klinikoilta vastanneet katsoivat vain päihdeongelmaiset soveltuviksi. Perusteluna tälle oli se, että työskentelypaikkana on päihdeongelmiin erikoistunut A-klinikka. Sen sijaan Espoon, Helsingin ja Hämeenlinnan A-klinikalle soveltuivat vastaajien mukaan kaikki ryhmät ja heitä myös palvellaan tasapuolisesti: ”He voivat saada palveluja, terapiaa, lääkehoitoa, akupunktiota, laitoskuntoutusta” (Hämeenlinnan A-klinikka); *”Alle 24-vuotiaat ohjaamme avohoittoon nuorisoasemalle, muutoin A-klinikkamme palvelut soveltuvat kaikille ryhmille”* (Helsingin A-klinikka).

Mielenterveysongelmaiset pelaajat näyttäytyvät tässä aineistossa hankalasti hoidettavina, he eivät aina saa tukea ja hoitoa yhdestä paikasta: ”Otamme vastaan kaikkia asiakasryhmiä, joskin esimerkiksi mielenterveysongelmaisten pelaajien primaarihoito voi olla psykiatrian poliklinikalla ja pelaamiseen liittyvä keskusteluapu A-klinikalla.” (Helsingin A-klinikka) Vantaan katkaisuhuotoasemalla soveltuviksi nähtiin kaikki muut ryhmät, paitsi akuutisti psykoottiset: ”Katkaisuhoi-

toasema on Vantaan ainoa ja palvelee koko täysi-ikäistä väestöä. Hoito perustuu vahvasti yhteisöllisyyteen. Sanoisin, että palvelut kyllä soveltuvat kaikille mainituille ryhmille, pois lukien akuutisti psykoottiset asiakkaat. Mutta, kuten todettu, peliongelma ei ole ensisijainen syy, jonka takia katkaisuhoidon tullaan.”

Joissakin toimipisteissä tuotiin esille peliongelman vaikea tunnistettavuus: ”Kotipalvelussa *hoidetaan pääsääntöisesti muistiongelmaisia vanhuk- sia. Piilo-ongelmaa vanhuksilla saattaa olla, mutta omalla alueella ei ole tullut il- mi. Mikäli ongelmia tulee, niin tiimissä keskustellaan ja ääritapauksissa haetaan virkaholhoojaa.*”(Kotipalvelu, Hämeenlinna) Jyväskylässä sosiaalityöntekijä kertoi, että eläkeläisiä ei asiakaskunnassa juurikaan ole, joten heidän osaltaan myös peli- ongelmat voivat jäädä tunnistamatta.

TAULUKKO 29. Yhteenveto ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) näkemyksistä eri ongelma- pelaaja-asiakasryhmien soveltuvuudesta toimipisteiden palveluihin

Eri ongelmapelaaja-asiakasryhmien soveltuvuus toimipisteiden palveluihin	
Ruohonjuuri- tason vastaajat	<p>Eri toimipisteisiin soveltuvat tyypillisesti kaikki eri ongelmapelaaja-asiakasryhmät, jotka muutenkin soveltuvat toimipisteen palveluihin. Soveltuvuutta määrittävä tekijä ei ole ongelmapelaaja-asiakasryh- mä, vaan toimipisteen kulloinenkin esimerkiksi iän mukaan määritty- vä kohderyhmä.</p> <p>Talous- ja velkaneuvonnassa ja Sosiaalisessa luototuksessa ongelmape- laajat katsottiin soveltuviksi heidän palveluihinsa vasta sitten kun peli- ongelma on hallinnassa.</p> <p>Eri kaupunkien A-klinikoilla oli eroja asiakkaiden soveltuvuudessa toi- mipisteiden palveluihin, esimerkiksi Vantaan A-klinikalle soveltuvat vain ne ongelmapelaajat, joilla on päihdeongelma.</p> <p>Mielenterveysongelmaiset pelaajat näyttäytyvät tässä aineistossa han- kalasti hoidettavina, he eivät aina saa tukea ja hoitoa yhdestä paikasta.</p>

## Ongelmapelaajien läheisten huomioon ottaminen palveluissa

Missään kaupungissa ja missään toimipisteessä ei ole A-klinikoita ja yhtä Nuoriso- asemaa lukuun ottamatta otettu vastaajien mukaan ongelmapelaajien läheisiä erik- seen huomioon. Heidät joko otetaan huomioon samalla tavalla kuin muidenkin toimipisteessä palveltavien asiakasryhmien läheiset tai ei ollenkaan.

Vantaan, Helsingin, Espoon ja Hämeenlinnan A-klinikoilta kerrottiin, et- tä tarvittaessa myös läheisille on palveluja tarjolla, joko yksin tai ongelmapela-ajan kanssa yhdessä: ”Läheiset voivat tarvittaessa varata ajan” (Vantaan A-klinik- ka); ”Tarvittaessa voivat tulla keskustelemaan yksin tai yhdessä *ongelmapelaajan kanssa*” (Espoon A-klinikkatoimi); ”Läheisiä on ollut hoidossa ja ovat tervetullei-

ta hoitoon” (Hämeenlinnan A-klinikka); ”Puoliso voi tulla mukaan keskusteluihin ja usein pyydetäänkin” (Helsingin A-klinikka); ”Peliongelmiin (kuten muihinkin riippuvuuksiin) apua hakevien läheisiä tuetaan A-klinikalla. Läheiset voivat osallistua ongelmapelaajan hoitoon tai halutessaan läheisinä saada tukea vaikka ongelmapelaaja ei olisi hoidossa.” (Helsingin A-klinikka). Eräältä Helsingin nuorisoseuralta kerrottiin, että läheiset pyydetään mukaan aina kun mahdollista.

Oleellista on, että A-klinikoita ja yhtä Nuorisoseuraa lukuun ottamatta läheisiä ei ole erikseen otettu palveluissa huomioon. Vantaalla läheiset ohjataan A-klinikoille. Esimerkiksi Vantaan katkaisuhuoltoasemalta kerrottiin, että ”läheiset ovat osa hoitoa ja etenkin jatkohoidon suunnittelussa mukana, palveluja ei ole erikseen läheisille, niistä vastaavat A-klinikat.” Myös Vantaan nuorisoseuran mukaan läheiset ovat A-klinikoiden vastuulla: ”Läheiset ovat aina osa hoitoa ja etenkin jatkohoidon suunnittelussa mukana, palveluja ei ole erikseen läheisille, niistä vastaavat A-klinikat.” Vantaalla ongelmapelaajien läheisiä ei sosiaaliasemien työntekijöiden vastausten mukaan huomioitu muuten kuin lapsen osalta ”järjestämällä tarvittava tuki”.

Myös Espoossa A-klinikkaa lukuun ottamatta mikään vastaajataho ei kiinnittänyt erityistä huomiota ongelmapelaajien läheisiin, vaan tarvittaessa heidät otettiin huomioon kuten muutkin asiakasryhmät: ”Yleensä kaikkien potilaidemme omaisia pyrimme tapaamaan, mitään erityistä ohjelmaa heille ei ole” (Psykiatrian poliklinikka); ”Läheisiä ei ole varsinaisesti huomioitu, mahdollisesti velkatilanteen selvittelyn yhteydessä” (Talous- ja velkaneuvonta); ”*Yhteydenottajaa tuetaan ja tilanteen mukaan tuetaan omaisia, varsinkin jos ovat tänne aktiivisesti yhteydessä*” (Sosiaali- ja kriisipäivystys); ”*Vanhempiin olemme yhteydessä muissa asioissa*” (Nuorisotalo); ”Ei ole huomioitu” (Sosiaalinen luototus). Yhtä lukuun ottamatta kaikki Helsingin sosiaaliasemien vastaajat kertoivat, että ongelmapelaajien läheisiä ei otettu palveluissa. Mitenkään huomioon.

Kuten Helsingissä, Vantaalla ja Espoossa, myös Hämeenlinnassa ongelmapelaajien läheisiä ei ollut usein otettu toimipisteen palveluissa huomioon muuten kuin heidät muutoinkin kussakin palvelupisteessä otettaisiin huomioon: ”Eipä juuri” (Terveysasema); ”Omaiset huomioimme samalla periaatteella kuin muidenkin potilaiden omaiset, työemme painottaa perhekeskeisyyttä” (Psykiatrian poliklinikka); ”Ei erityisesti” (Aikuispsykiatria); ”Vanhemmat ovat mukana nuoren hoidossa” (Nuorisopsykiatria); ”Pääosin tapaamme koko perhettä” (Perheneuvola); ”Omaisten kanssa keskustellaan muun muassa palvelu- ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä” (Kotipalvelu); ”Vanhemmille ilmoitetaan” (Nuorisotoimisto). Yksi Jyväskylän vastaaja arveli myös, että läheiset ovat ”piilo-ongelmana varmasti laajempi ongelma kuin tulee esille”.

TAULUKKO 30. Yhteenvedo ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) näkemyksistä ongelmape-  
laajien läheisten huomioon ottamisesta palveluissa

Ongelmape-laajien läheisten huomioon ottaminen palveluissa	
Ruohonjuuri- tason vastaajat	<p>Vain A-klinikoilla (ja yhdellä Nuorisoseamella) peliongelmaisten läheiset otetaan erikseen huomioon ja heille on tuki- ja hoitopalveluja tarjolla.</p> <p>Muissa toimipisteissä peliongelmaisten läheiset otetaan samalla tavalla huomioon kuin muidenkin näissä toimipisteissä palveltavien asiakasryhmien läheiset (esimerkiksi eteenpäin ohjaus), tai heitä ei erikseen oteta lainkaan huomioon.</p>

## Yhteistyö ongelmape-laajien parissa työtä tekevien eri tahojen välillä

Yhteistyö ongelmape-laajien parissa työtä tekevien eri tahojen välillä vaihteli kyselyyn vastanneiden eri kaupunkien työntekijöillä. Kaikki Jyväskylästä vastanneet kertoivat, että heidän yhteistyönsä ongelmape-laajien parissa työtä tekevien tahojen kanssa sujuu hyvin. Esiin yhteistyötahona tuotiin nimeltä mainiten ainoastaan Jyväskylän Päihdepalvelusäätiö.

Vantaalla toimipisteiden yhteistyöstä ongelmape-laajien parissa työtä tekevien eri tahojen välillä oli vaihtelevia näkemyksiä. Sosiaaliasemien mukaan yhteistyö sujui toimivasti. Vantaan nuorisoseamalta kerrottiin yhteistyön ongelmaksi olevan sen, että Vantaalla A-klinikat eivät ota hoitoon ongelmape-laajia. Vantaan katkaisuhoidon asemalta vastattiin, että eniten yhteistyötä on sosiaalitoimen, mielenterveyspalvelujen ja A-klinikoiden kanssa, yhteistyö näiden tahojen kanssa sujuu melko hyvin. A-klinikalta yhteistyötä eriteltiin näin: ”Psykiatrian poliklinikat sijaitsevat samassa kiinteistössä, joten yhteistyö sujuu. Sosiaalitoimen kanssa on yhteistyötä, jos on esimerkiksi lasten tilanteeseen liittyviä asioita. Muiden kanssa ei ole ollut yhteistyötä, lähinnä ohjataan palveluiden piiriin.”

Espoon Sosiaalisella luototuksella ja Sosiaali- ja kriisipäivystyksellä ei ollut kokemusta yhteistyöstä ongelmape-laajien parissa työtä tekevien eri tahojen välillä. Talous- ja velkaneuvonnan yhteistyökokemus koski ”lähinnä *asiakkaiden eteenpäin ohjausta meidän taholta*”. Myöskään Nuorisotalolla ei ollut yhteistyökokemusta. A-klinikkatoimen ja psykiatrian poliklinikan vastaajien mukaan yhteistyö toimii: ”Hyvin on toiminut, Peluurikin lähettää meille asiakkaita” (A-klinikkatoimi); ”On toiminut, olemme voineet ohjata eteenpäin ja tehneet myös muuten yhteistyötä” (Psykiatrinen poliklinikka).

Helsingin sosiaaliasemilta vastanneet kertoivat, että yhteistyössä on kyse lähinnä palveluihin ohjaamisesta tai yhteispalavereista: ”A-klinikan kanssa pidetään yhteispalaveri syksyisin ja keväisin, näissä palavereissa keskustellaan myös pelion-

gelmistä. Ohjataan myös velkaneuvontaan tarvittaessa” (Sosiaaliasema). Sosiaaliasemien vastaajat toivoivat lisää yhteistyötä ja tietoa peliongelmistä: ”Itse olen ohjannut asiakasta ongelmapelaajien palveluihin, asiakkaalla on vastuu sinne menemisestä ja yhteydenotosta” (Sosiaaliasema); ”Yhteistyötä toivottaisiin enemmän sekä lisäinformaatiota tarjolla olevista hoitotahoista” (Sosiaaliasema); ”Tietoa palveluista on tullut minulle hyvin vähän” (Sosiaaliasema). Helsingin A-klinikoilta kerrottiin, että yhteistyö on vähäistä (koska ongelmapelaajia vähän): ”Mitään suunnitelmallisia, sovittuja yhteistyötapaamisia ei ole, tehdään asiakaskohtaista yhteistyötä”(A-klinikka). Yksi Helsingistä vastanneista A-klinikan työntekijöistä halusi lisää yhteistyötä Peluurin kanssa sekä lisää tietoa peliongelmistä. Helsingin Nuorisotasemalta kerrottiin, että yhteistyötä tehdään lähinnä yksilöllisten hoitosuunnitelmien mukaisesti.

Hämeenlinnassa eri toimipisteiden välinen yhteistyö sujui toimivasti tai hyvin, yhteistyötä oli tosin osittain tehty muissa kuin ongelmapelaajien asioissa: ”Kyllä kai toimii, on niin vähän tapauksia” (Terveysasema); ”A-klinikan kanssa on yhteistyötä” (Aikuispsykiatria); ”Ei ole ollut, yleensä sujuu hyvin muissa asioissa” (Nuorisopsykiatria); ”Toimii kohtuullisen hyvin, yhteistyötä voisi olla enemmänkin” (Perheneuvola); ”Yhteistyö muissa asioissa näiden tahojen kanssa sujuu hyvin, ongelmapelaajista ei kokemuksista” (Maahanmuuttajien palvelupiste); ”Ei ongelmia” (A-klinikka); ”Monivuotinen yhteistyö eri asioissa, tässäkin kysymyksessä se toimii hyvin” (Nuorisotoimisto). Kotipalvelusta vastanneen mukaan on tärkeää, että itse osaa hakea asiakkaan avuksi yhteistyötahoja, mutta ongelmana on selkeän toimintamallin puute.

TAULUKKO 31. Ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) kokemukset yhteistyöstä ongelmapelaajien parissa työtä tekevien tahojen kanssa

Yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien eri tahojen välillä	
Ruohonjuuritason vastaajat	<p>Yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien eri tahojen kanssa vaihteli kyselyyn vastanneissa kaupunkitahoissa sekä kaupunkien sisällä.</p> <p>Vastauksissa kuitenkin korostui yhteistyön vähäisyys ja sen liittyminen yksittäisiin asiakastapauksiin tai palveluihin ohjaukseen.</p> <p>Osalla Espoosta vastanneista ei ollut kokemusta yhteistyöstä, muutoin sen kerrottiin toimivan hyvin esimerkiksi silloin kun asiakkaita ohjataan eteenpäin.</p> <p>Helsingistä vastanneet näkivät yhteistyön lähinnä asiakaskohtaiseksi, Helsingin sosiaaliasemilla (ja myös yhdellä vastanneista A-klinikoista) toivottiin enemmän yhteistyötä ja lisäinformaatiota peliongelmistä.</p> <p>Hämeenlinnassa oli vähän kokemusta yhteistyöstä juuri ongelmapelaajien asioissa.</p> <p>Vantaalla yhtenä yhteistyön ongelmana oli se, että A-klinikat eivät ota hoitoon ongelmapelaajia.</p> <p>Jyväskylässä yhteistyö toimii kaikkien vastaajatahojen mukaan hyvin.</p>



## Ongelmapelaajien palvelujen organisointi ja toimivuus

Jyväskylässä ongelmallisesti pelaavien palvelujen alueellista organisointia ja toimivuutta pidettiin hyvänä. Vastauksissa korostui Jyväskylän Päihdepalvelusäätiön merkitys: ”Päihdepalvelusäätiöltä löytyy asiantuntemusta”; ”Toimii suhteellisen hyvin, palvelut yhdistetty Päihdepalvelusäätiön toimintaan”.

Vantaalla ongelmallisesti pelaavien palvelujen alueellisessa organisoinnissa ja toimivuudessa olisi molempien vastanneiden sosiaaliasemien työntekijöiden mukaan parantamisen varaa. Sosiaaliasemilta kerrottiin, ettei heillä ole tietoa siitä, kehen ottaa ensi kädessä yhteyttä ja kuinka vakavasta ongelmasta peliongelmassa ylipäätään voi olla kyse. Vantaan Katkaisuhoidon työntekijän mukaan ongelma on se, että A-klinikat ovat ajoittain kovin ruuhkautuneet. Myös Nuorisotasema näki ongelmaksi ruuhkan: ”Vantaalla on jonoa kaikkiin erityispalveluihin, myös meille.” A-klinikan työntekijän vastauksessa ongelmaksi nähtiin palvelujen niukkuus ja palveluista sopiminen.

Espoossa ja Helsingissä ongelmallisesti pelaavien palvelujen organisoinnista ja toimivuudesta ei juuri ollut tietoa tai tieto oli heikkoa. Espoossa palvelujen organisoinnista ja toimivuudesta ”ei ollut mitään käsitystä” enempiä Nuorisotalolla kuin Sosiaali- ja kriisipäivystyksellä. Sosiaalisen luototuksen mukaan Espoossa ei ole palveluja ongelmapelaajille. Espoon talous- ja velkaneuvonnan vastaajan mukaan palveluja on vähän ja ne ovat hajallaan. Myös Psykiatrian poliklinikan vastauksen mukaan ”luultavasti palveluja ei ole riittävästi, eikä yhtenäistä toimintamallia”.

Helsingin Sosiaaliasemien vastaajat kertoivat, että käsitys ongelmapelaajien alueellisten palvelujen toimivuudesta rajoittuu tietoon A-klinikan palveluista, muutoin tieto ”*varsin ohutta*” tai siitä ”ei ole tietoa”. Espoon A-klinikkatoimen vastaajien mukaan palvelut toimivat kohtalaisesti. Helsingin A-klinikoiden vastaajat korostivat alueellisten palvelujen organisoinnissa ja toimivuudessa A-klinikoita tai näkivät sen puutteellisuksena: ”Jokainen alueellinen A-klinikka hoitaa myös ongelmapelaajia. Joillakin klinikoilla voi olla peliongelmiin erikoistuneita työntekijöitä. Mikään A-klinikka ei ole erityisesti profiloitunut peliongelmiin” (Helsingin A-klinikka); ”Palvelujen organisointi on puutteellista. Tällä hetkellä tavoitetaan varmaan jäävuoren huippu ongelmapelaajista. Pääkaupunkiseudulla on kuitenkin muuta maata parempi tarjonta” (Helsingin A-klinikka); ”Haluaisin lisää tietoa” (Helsingin A-klinikka); ”Helsingistä löytyy palveluja yhä enemmän, tietoa niistä ei varmasti ole riittävästi” (Helsingin A-klinikka) Myös Helsingin Nuorisotasemilla kaivattiin lisää tietoa: ”Käsitys alueeni organisoinnista ja toiminnasta on huonoa”; ”Lisää tietoa pelaajien avohoitomalleihin kaivataan.”

Myös Hämeenlinnassa palvelujen alueellisesta organisoinnista ja toimivuudesta tiedettiin hyvin vähän tai palveluja arveltiin olevan vähänlaisesti: ”Kohtalaisesti toimivat” (Aikuispsykiatria); ”*Käsittääkseni ei ole paljon palveluja tarjolla*” (Nuorisopsykiatria); ”Tiedän hyvin vähän” (Perheneuvola); ”*Ei ole tarkkaa tietoa*” (Kotipalvelu); ”Selkeää toimintamallia en ole havainnut” (Kotipalvelu); ”En osaa



sanoa” (Maahanmuuttajien palvelupiste); ”En ole ollenkaan varma, onko peruspalveluissa tiedossa peliriippuvaisten ohjaaminen hoitoon A-klinikalle, oletan kuitenkin että tiedossa on” (A-klinikka).

*Valtakunnallista* palvelujen organisointia koskevaan kysymykseen moni jätti vastaamatta, esimerkiksi Jyväskylästä kukaan ei vastannut tähän kysymykseen, ehkä siksi että asiasta ei ollut tietoa. Helsingissä ja Hämeenlinnassa käsitys ongelmapelaajien valtakunnallisten palvelujen organisoinnista ja järjestämisestä oli heikko. Lähes kaikki Hämeenlinnasta kyselyyn vastanneet kertoivat, ettei heillä ole tietoa siitä miten ongelmapelaajien palvelut on organisoitu ja miten ne toimivat valtakunnallisesti: ”Kehittämisen varaa on” (Aikuispsykiatria); ”Hoitoon ohjaaminen ja hoitoon *tulokynnyksen madaltaminen aina suositeltavia taitoja peruspalveluisa*” (A-klinikka). Helsingissä tieto valtakunnallisista ongelmapelaajien palveluista oli lyhytsanaista ja vähäistä: ”Ei tietoa, vaikea arvioida” (Sosiaaliasema); ”Ei kovin hyvää käsitystä” (Sosiaaliasema); ”Ei tarkempaa tietoa” (Sosiaaliasema); ”Ei mitään tietoa, en osaa sanoa” (Sosiaaliasema); ”En osaa sanoa” (A-klinikka); ”Puutteellista” (A-klinikka); ”Haluaisin lisää tietoa” (A-klinikka); ”Pääkaupunkiseudulla tilanne vähän parempi lukuun ottamatta Pieksämäkeä/Tyynelän *hoitokotia*.” (Nuorisosema.)

Espoossa valtakunnallisesta palvelujen organisoinnista ja toimivuudesta ei ollut mitään käsitystä Sosiaali- ja kriisipäivystyksellä eikä Nuorisotilalla. Muut espoolaiset tahot arvelivat, että palveluja on valtakunnallisesti vain vähän: ”Varmaan ei riittävästi” (A-klinikkatoimi); ”Lapsenkengissä vielä” (Talous- ja velkaneuvonta); ”Palveluja kaiken kaikkiaan liian vähän” (Sosiaalinen luototus); ”Luultavasti valtakunnallisesti on vielä huonommin palveluja kuin alueellisesti” (Psykiatrisen poliklinikan A-klinikka).

Vantaalla palvelujen valtakunnallista organisointia ja toimivuutta koskevista vastauksista kaivattiin lisää tiedottamista, lisää laitoshoitopaikkoja sekä ongelman ottamista vakavasti:

*”Tiedottaminen asiasta ja hoitomahdollisuuksista lisäävät varmasti kysyntää.” (Vantaan nuorisosema)*

*”Hoidon kehittämisessä on uskoakseni vielä paljon työtä. Laitoshoitomahdollisuuksia saisi olla enemmän. Jossain määrin peliongelmaa varmaan yleisesti pidetään kevyempänä kuin muita riippuvuuksia, hoidon tarvetta ei vielä oteta riittävän vakavasti.” (Vantaan katkaisuhuoltoasema)*

*”Tiedossa lähinnä kaksi hoitopaikkaa: Tyynelän kuntoutumiskeskus ja Kouvolassa Kymen A-klinikka. Kokemukset Tyynelästä hyvät. Muuten selvin käsitys, että palvelujen organisointi hyvin kirjavaa ja kuntakohtaista. Toisissa kunnissa ei varmaan saa ollenkaan.” (Aikuissosiaalityö)*

Taulukossa 32 esitetään tiivistetysti ruohonjuuritason vastaajien käsitykset ongelmepelaajien palvelujen organisoinnista ja toimivuudesta sekä alueellisesti että valtakunnallisesti.

TAULUKKO 32. Yhteenveto ruohonjuuritason vastauksista (N = 40) ongelmepelaajien palvelujen organisoinnista ja toimivuudesta sekä alueellisesti että valtakunnallisesti

Ongelmepelaajien palvelujen organisointi ja toimivuus valtakunnallisesti ja alueellisesti		
	Alueellinen palvelujen organisointi	Valtakunnallinen palvelujen organisointi
Ruohonjuuritason vastaajat	<p>Jyväskylässä ongelmallisesti pelaavien palvelujen alueellisten palvelujen organisointia ja toimivuutta pidettiin hyvänä toimivan Päihdepalvelusäätiön vuoksi.</p> <p>Espoossa, Vantaalla, Hämeenlinnassa ja Helsingissä oli hyvin vähän tai ei lainakaan tietoa palvelujen alueellisesta organisoinnista ja toimivuudesta, palvelut koettiin myös riittämättömiksi.</p> <p>Vantaalla ongelmaksi nähtiin myös palvelujen ruuhkautuminen.</p> <p>Espoossa ja Hämeenlinnassa ongelmaksi nähtiin myös yhteisen toimintamallin puute.</p> <p>Helsingistä vastanneiden sosiaaliasemien työntekijöiden käsitys palvelujen alueellisesta organisoinnista ja toimivuudesta rajoitui tietoon A-klinikan palveluista.</p> <p>Osa vastanneista A-klinikoiden työntekijöistäkin nimesi alueelliset palvelut puutteellisiksi tai halusi lisää tietoa palveluista.</p>	<p>Vastaajat olivat lähes täysin tietämättömiä palvelujen organisoinnista ja toimivuudesta valtakunnallisesti.</p> <p>Aiheesta kaivattiin lisää tietoa.</p>

## Kunnallisten peruspalvelujen asema tällä hetkellä ja tulevaisuudessa

Kaikissa kohdekaupungeissa ja niiden toimipisteissä nähtiin kunnallisten peruspalvelujen asema tällä hetkellä hyvin pienenä tai olemattomana. Pieni osa vastaajista näki kunnallisten peruspalvelujen roolin palveluihin ohjaavana.

Useimmat Helsingin Sosiaaliasemilta vastanneet eivät osanneet sanoa kunnallisten peruspalvelujen roolista tällä hetkellä yhtään mitään tai nimesivät sen yksiselitteisesti pieneksi. Yksi Sosiaaliaseman vastaaja näki kunnallisten peruspalvelu-

jen rooliin palveluihin ohjaavana. Myös Helsingin A-klinikoilta vastanneet näkivät kunnallisten peruspalvelujen roolin olemattomana tai pienenä: ”Kunnalliset peruspalvelut eivät tietääkseni järjestä palveluja.” (A-klinikka); *”Tällä hetkellä kunnallisissa peruspalveluissa ei ole resursseja eikä osaamista ongelmapelaajien palvelujen järjestämiseen. Jonkun verran ohjataan eteenpäin (erityisesti Sosiaalitoimen peruspalveluista).”* (A-klinikka); ”Kunnallisia erikoistuneita palveluja on vähän.” (A-klinikka) Helsingin Nuorisoasemilta todettiin että peruspalvelujen asema on huono, sillä ”osaamista ei ole tarpeeksi”.

Espoossa kunnallisten peruspalvelujen asema ongelmapelaajien palvelujen järjestämisessä tällä hetkellä nähtiin vähäisenä: ”Ei taida olla mitään” (Sosiaalinen luototus); ”Ei riittävästi resursseja” (Psykiatrian poliklinikka); ”Ei ole palveluja tarjolla” (Talous- ja velkaneuvonta); ”Ei varsinaista sopimusta, mutta lupa hoitaa on” (A-klinikkatoimi). Sosiaali- ja kriisipäivystyksen vastaaja toi esiin, että kunnan tulisi kuitenkin mahdollistaa kuntalaiselle apu.

Myös Hämeenlinnassa kunnallisten peruspalvelujen asema ongelmapelaajien hoidossa nähtiin tällä hetkellä hyvin marginaalisena: ”Pieni” (Nuorisopsykiatria); ”Aloittelevat toimintaa” (Aikuispsykiatria); *”Ongelmapelaajille ei ole luotu omia palveluja tai en osaa ainakaan niitä hahmottaa”* (Kotipalvelu). Yksi lääkäri kaipasi lisää erityisosaamista ja koulutusta. A-klinikan vastaaja kertoi Rapelin olevan tervetullut palvelu, josta Hämeenlinnastakin asti yksi ihminen hyötynyt. Hänen mukaansa palvelut tulisi kuitenkin olla lähellä asiakasta ja siten useammin saatavilla. Jyväskylästä kunnallisten peruspalvelujen roolia koskevaan kysymykseen vastasi kaksi henkilöä. Aikuispsykiatrian erikoislääkäri näki terveyskeskuksen ensihoidon ja arvioinnin paikkana. Kriisikeskuksesta vastattiin, että ongelman tunnettavuudessa ja tunnistettavuudessa on vielä työkenttää.

Vantaan sosiaaliasemilta tulleiden vastausten mukaan olisi tärkeää tietää, mihin ongelmapelaajia voisi ohjata. Sosiaaliasemilla tilanteen selvittely nähtiin peruspalvelujen tehtäväksi: *”Luontevimmin ongelmapelaajien tilanteen selvittely kuuluu mielestäni sosiaalitoimen, päihdepalvelujen ja tiettyjen ryhmien kohdalla myös mielenterveyspalvelujen piiriin”*. Myös Vantaan nuorisoasemalla nähtiin, että tunnistaminen ja puuttuminen riittävän varhaisessa vaiheessa on kunnallisten palveluiden tehtävä. Vantaan katkaisuhuoltoaseman mukaan ”jos ihan realistisesti katsoo tilannetta sosiaalitoimistoissa ja terveysasemilla, asema on varmaan todella marginaalinen”. Vantaan A-klinikan osalta ei vastattu tähän kysymykseen.

Kun kysyttiin peruspalvelujen roolia **tulevaisuudessa**, niin monet toivoivat peruspalvelujen roolin vahvistuvan, mutta silti epäilivät, että asema ei tule muuttumaan muun muassa resurssien vähyyden vuoksi. Monet näkivät kunnallisten peruspalvelujen roolin olevan tulevaisuudessa peliongelman puheeksi ottamisessa, tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa.

Espoossa tulevaisuuden toiveena oli kunnallisten peruspalvelujen resurssien lisääminen, ryhmäkokoonantumisten luominen sekä hoitoon ohjauksen kehittäminen: ”Pitäisi lisätä omia resursseja tai ainakin ostopalvelumahdollisuuksia”

(Psykiatrian poliklinikka); ”Jotain voisi olla, esimerkiksi ryhmiä ja jopa joillekin asiakkaille tarvittaisiin laitoshoidoa” (Sosiaalinen luototus); ”Hoitoon ohjausta kehitettävä, hoitomallien kehittäminen” (Talous- ja velkaneuvonta). A-klinikkatoimesta epäiltiin, että tulevaisuudessakin ”samaa tapaan jatketaan”.

Helsingissä Sosiaaliasemien vastaajat näkivät, että kunnallisten peruspalvelujen asema tulevaisuudessa on neuvonta ja palveluihin ohjaus. Vastauksissa tuli esille myös tarve peruspalvelujen lisääntyvälle roolille tulevaisuudessa, sillä peliongelmien uskottiin lisääntyvän. Samalla tavalla peruspalvelujen roolin näkivät Helsingin A-klinikoiden kyselyyn vastanneet: ”Peruspalvelujen tulisi tunnistaa (esimerkiksi toimeentulotukea haettaessa), ottaa puheeksi ja osata ohjata ongelmapelaaja hoitopalvelujen piiriin.” (A-klinikka); ”Peruspalveluissa voitaisiin mini-intervention kaltaisesti ottaa puheeksi pelaaminen, motivoida hoitoon ja ohjata palveluihin.” (A-klinikka.)

Vantaalta peruspalvelujen roolia tulevaisuudessa koskevaan kysymykseen annettiin kaksi vastausta, toisessa korostettiin yhteistyötä ja toisessa vastauksessa suhtauduttiin epäillen peruspalvelujen roolin kasvamiseen:

*”Tulevaisuudessa tarvittaisiin sosiaalitoimen, päihdepalvelujen ja mielen-terveyspalvelujen moniammatillista yhteistyötä ja myös muille tahoille tietoa, mihin he voivat ohjata asiakkaita saamaan apua, kun he kohtaavat työssään ongelmapelaaja-asiakkaan.” (Aikuissosiaalityö)*

*”Vaikea sanoa, riippuu siitä, mihin suuntaan peruspalvelujen resursointi ja henkilöstön saatavuus yms. kehittyvät, Aika skeptisesti suhtaudun ajatukseen, että rooli jotenkin tästä muuttuisi merkittävämmäksi.” (Vantaan katkaisuhoidoasema)*

Jyväskylässä peruspalvelujen erikoislääkäri näki peruspalvelujen roolin tulevaisuudessa samana kuin nytkin, kriisityöntekijä toivoi peruspalvelujen roolin olevan tulevaisuudessa suurempi. Hämeenlinnassa moni ei osannut sanoa mitään kunnallisten peruspalvelujen roolista tulevaisuudessa ongelmapelaajien palvelujen järjestämisessä. Asiaa kommentoi Hämeenlinnasta viisi vastaajaa: ”Rooli vahvistuu” (Aikuispsykiatria); ”Toimintamallia tarvitaan” (Kotipalvelu); ”Terapia ja kuntoutus” (Kotipalvelu); ”Mukana oltava entistä enemmän” (Nuorisotoimisto); ”Tärkeää on, että nykyisten palvelujen sisällä on osaamista hoitoon ohjaamisessa ja mini-intervention antamisessa.” (A-klinikka.)

TAULUKKO 33. Peruspalvelujen asema tällä hetkellä ja tulevaisuudessa ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) mukaan

Peruspalvelujen asema tällä hetkellä ja tulevaisuudessa		
	Peruspalvelujen asema tällä hetkellä	Peruspalvelujen asema tulevaisuudessa
Ruohonjuuri-tason vastaajat	Kunnallisten peruspalvelujen asema nähtiin tällä hetkellä kaikissa vastaajakaupungeissa valtaosin hyvin marginaaliseksi. Vastauksia yhdisti myös korostuneesti ongelmapelaajille järjestettyjen palvelujen puute kunnallisissa peruspalveluissa. Pieni osa vastaajista näki kunnallisten peruspalvelujen tehtäväksi palveluihin ohjaamisen. Osa toivoi tiedottamisen lisäämistä peruspalveluihin.	Monet toivoivat peruspalvelujen aseman tulevaisuudessa vahvistuvan, mutta silti monet epäilivät, että asema ei tule muuttumaan muun muassa resurssien vähyyden vuoksi. Monet näkivät kunnallisten peruspalvelujen roolin olevan tulevaisuudessa peliongelman puheeksi ottamisessa, tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa. Toiveena oli lisätä muun muassa resursseja, kuntoutusta ja ryhmäkokouksia sekä kehittää hoitoon ohjausta.

## Ongelmapelaajien tukemiseen ja hoitoon erikoistuneiden palvelujen tarve

Kun kysyttiin, tarvitaanko maassamme erityisesti ongelmapelaajien tukemiseen ja hoitoon erikoistuneita palveluita, lähes kaikki vastaajat näkivät ne tarpeellisiksi. Perusteluksi erikoistuneille palveluille esitettiin usein peliongelmien kasvava määrä.

Yhtä lukuun ottamatta kaikki espoolaiset vastaajat olivat sitä mieltä, että maassamme tarvitaan erityisesti ongelmapelaajien tukemiseen ja hoitoon erikoistuneita palveluja:

*”Kyllä varmaan. Ongelma on kasvava ja ongelmien kirjo on laaja. Osalle tarvitaan varmaan myös laitospalveluja ja myös erikoistuneita avopalveluja. Voisivat toimia myös konsultaatioiden antajina muille hoitopaikoille” (Psykiatrian poliklinikka); ”Kyllä ehdottomasti tarvitaan ja kustannusten maksamiseen voisi suurelta osalta osallistua RAY” (Sosiaalinen luototus); ”Tarvetta on ehdottomasti. Oman hoitomallin kehittäminen” (Talous- ja velkaneuvonta); ”Laitospalveluja joissakin tapauksissa kyllä, yksittäiselle klinikalle ei muualla maassa riitä asiakkaita” (A-klinikkatoimi). Jyväskylässä yksi vastaaja toivoi laitoshoidon keskittämistä, koska juuri siinä tarvitaan erikoisasiantuntemusta. Toinen toivoi puheeksi ottamisen rohkeutta ja avoimuutta, lisää julkisuutta sekä yksilöllisiä ja vaihtoehtoisia hoitomalleja.*

Helsingin A-klinikoiden vastaajilla oli näkemyseroja erikoistuneiden palvelujen tarpeesta. Yksi oli sitä mieltä, että tarvitaan monenlaisia ja monille eri ryhmille erikoistuneita palveluja<sup>33</sup>: ”Mielestäni *tarvitaan erityisesti nuorille nettipelaajille, koska ongelmat lisääntyvät tulevaisuudessa. Laitospalveluja tarvitaan. Nuorille pitäisi pelaamiseen erikoistuva ohjelma päihdelaitoksissa. Tyynelän kuntoutuslaitos on vastannut aikuisten laitospalvelujen tarpeeseen. Laitoshoidon tarve on suurempi kuin mitä on voitu käyttää määrärahojen niukkuuden vuoksi.*” (A-klinikka) Toisen Helsingin A-klinikan vastaajan mukaan erikoistuneita palveluja ei tarvita: ”Erilaisten riippuvuusongelmien hoidossa on paljolti samankaltaisuutta, joten siinä mielessä ei tarvita erityisesti pelaajille tarkoitettuja palveluja. Toisaalta esimerkiksi oma ryhmätoiminta on hyödyllistä vertaistuen saamiseksi. Pelkästään ongelmapelaajille tarkoitetuille laitospalveluille ei liene riittävästi kysyntää (tai kunnilla rahaa).” Kolmas A-klinikan vastaaja perusteli erityispalvelujen tarvetta A-klinikan leimaavuudella: ”Ongelmapelaajien saattaa olla vaikeaa hakeutua päihdehuollon palveluihin saadakseen apua, siksi omat palvelut olisivat perusteltuja.”

Helsingin Sosiaaliaseman vastaajat näkivät perustelun palvelutarpeelle olevan siinä, että kyseessä on piilevä ongelma, joka usein kielletään – vaikka asiakas voi menettää kaiken (perheen, työn, asunnon ja niin edelleen). Helsingin Sosiaaliasemien vastaajien mukaan ongelmapelaajille erikoistuneiden palvelujen osalta tarvitaan erityisesti avohoitopalveluja: ”Ainakin peliongelmia ymmärtäviä avohoitopalveluja tarvitaan, olisi erikoisoasemista peliongelmistä ja tarjolla ryhmiä tai muuta sellaista. *Palvelu ei saisi olla leimaavaa. Osan mielestä A-klinikalle ohjaus on loukkaavaa, koska eivät ole päihdeongelmaisia, vaikkakin on riippuvuus.*”

Vantaan sosiaali- ja nuorisoasemilta tulleiden vastausten mukaan maassamme tarvitaan ongelmapelaajien tukemiseen ja hoitoon erikoistuneita palveluja, erityisesti avopalveluita:

*”Tarvitaan sekä laitos- että avopalveluja. Toimivat avopalvelut riittävät varmaan useimpien kohdalla, mutta tietyissä hyvin vaikeissa riippuvuustilanteissa, joissa kaikki muutkin asiat ovat pahasti solmussa (esimerkiksi lastensuojelu, häättöuhka), laitosinterventio on tarpeen. Avohoidoin keinoin ei riippuvuutta noissa tilanteissa saada katkaistua. Lisäksi laitosintervention jälkeen tarvitaan vielä avohoido, jottei asiakasta jätetä yksin.”* (sosiaaliasema)

*”Avopalveluita ainakin, mutta erityisesti psykiatrian kanssa tehtävä yhteistyö ja hoidon tarpeen arviointi yhdessä ja/tai erikseen on tarpeellista, koska kokemuksemme mukaan tähän problematiikkaan liittyy joskus asiakkailamme häiriötasoista psyykkistä oirehdintaa, kuten masennusta ja ahdistusta.”* (Vantaan nuorisoasema)

<sup>33</sup> Myös Helsingin nuorisoasemalta korostettiin, että nuorille pelaajille pitäisi olla omat laitospalvelut. Monet nuorista pelaajista on moniongelmaisia ja heillä voi olla myös jokin aiempi riippuvuus. Nuorisoasemien vastauksissa toivottiin, että hoidot eivät olisi projekteja, vaan kunnalta tulisi riittävä panos pysyvään toimintaan. Hoitotahojen toivottiin olevan myös moniammatillisia.

Vantaan A-klinikan vastaajan mukaan tärkeää on se, että asiakkaat voivat saada vertaistukea. Vantaan katkaisuhuoltoasemalta kerrottiin, että ongelmapelaajille tulisi olla saatavilla enemmän erilaisia hoitovaihtoehtoja: ”AA-ideologiassa peliongelma on samanarvoinen muiden riippuvuuksien kanssa, ja sitä hoidetaan samalla tavalla. Minnesota-malliin perustuvia hoitopalveluja on olemassa, mutta ne eivät sovi kaikille. Vaihtoehtoja saisi olla enemmän.”

Moni Hämeenlinnasta vastannut ei osannut sanoa, tarvitaanko maassamme erityisesti ongelmapelaajien tukeen ja hoitoon erikoistuneita palveluja. Ne, jotka vastasivat kysymykseen, pitivät palveluja tarpeellisina: ”Kyllä, osaaminen ei pysy hanskassa, jos näitä näkee muutaman vuoden välein” (Terveysasema); ”Sosiaali-puolella tarvitaan” (Aikuispsykiatria); ”Tarvitaan terapiaa, kuntoutusta ja laitoshoidojaksoja” (Kotipalvelu); ”Mikäli riippuvuus on voimakasta, kyllä!” (Nuorisotoimisto); ”Tarvitaan, mutta tarvitaan avointa keskustelua peliongelma-asta. Nykyisin se tulee esille muiden asioiden kautta. Peliongelmaan ei suhtauduta aina tarpeeksi vakavasti” (Kotipalvelu); ”Voi olla, että vaiva on sen laatuinen ja erityistaitoja vaativa hyvin hoituakseen, että erikoistuneita palveluja tarvitaan. Pääkaupunkiseudulla se on mahdollista, täällä maakunnassa se edellyttää työntekijöiden erikoistumista” (A-klinikka).

TAULUKKO 34. Ongelmapelaajien tukemiseen ja hoitoon erikoistuneiden palvelujen tarve ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) mukaan

Ongelmapelaajien tukeen ja hoitoon erikoistuneiden palvelujen tarve	
Ruohonjuuri-tason vastaajat	<p>Lähes kaikki eri kaupunkien yksittäiset vastaajat näkivät erikoistuneet palvelut tarpeellisiksi.</p> <p>Perusteluna erikoistuneille palveluille nähtiin peliongelmien laaja-alaisuus, piilevyys ja peliongelmien kasvava määrä.</p> <p>Toiveena oli monenlaisten erikoistuneiden palvelujen lisääminen, koska ongelmapelaajaryhmiäkin on monia (esimerkiksi eri-ikäiset ja eri pelejä pelaavat).</p> <p>Erityisesti toivottiin avohoitoa ja vaihtoehtoisia hoitovaihtoehtoja (esimerkiksi vertaistukea, laitoshoidoa).</p> <p>Helsingin A-klinikoiden vastaajilla oli näkemyseroja erikoistuneiden palvelujen tarpeesta: yhden mukaan erikoistuneita palveluja tarvitaan, sillä päihdepalvelut leimaavat ongelmapelaajat, toisen mukaan erikoistuneita palveluja ei tarvita, sillä ongelmapelaajat hoituvat siellä missä riippuvuusongelmia jo nyt hoidetaan.</p>

## Päihdehuollon erityispalveluiden heikkoudet ja vahvuudet peliongelman hoidossa

Espoon, Helsingin ja Hämeenlinnan vastaajat näkivät usein päihdehuollon erityispalveluiden heikkoudeksi sen, että ongelmapelaajat voivat kokea päihdehuollon erityispalvelut leimaaviksi. Helsingissä erityisesti Sosiaaliasemien vastaajat olivat tätä mieltä, mutta myös yksi A-klinikan vastaajista sekä yksi Nuorisواسeman edustaja: ”Leimaavuus, päihdehuollon palvelut eivät ole välttämättä oikea paikka ongelmapelaajille” (Sosiaaliasema); ”*Leimautumisen pelko*” (Sosiaaliasema); ”*Päihdeongelma estää usein peliongelman hoidon*” (Sosiaaliasema); ”*Voi leimata raittiit pelaajat*” (Sosiaaliasema); ”Päihdeongelmaisille ongelmapelaajille päihdehuollon palvelut saattavat sopia, ei muille” (A-klinikka); ”Heikkoutena pelaajille kynnys hakeutua päihdepalveluihin” (Nuorisواسema). Helsingin A-klinikoiden vastaajat pitivät ongelmana myös työntekijöiden haluttomuutta erikoistua peliongelmiin ja hoitoon hakeutuvien pienen määrän, mikä vastaajien mukaan johtuu osin siitä, että ongelmapelaajilla ei ole tietoa mahdollisuudesta hakeutua hoitoon A-klinikoille.

Espoosta saapuneissa vastauksissa perusteltiin päihdeongelmaleimaa päihdehuollon erityispalveluiden heikkoutena seuraavasti: ”Ongelmapelaaja *saattaa kokea olevansa väärässä paikassa, koska hänellä ei ole päihdeongelmaa*” (Sosiaalinen luototus); ”Kynnys mennä (leimautuminen), jos itsellä ei ole alkoholiongelmaa” (Talous- ja velkaneuvonta); ”Jotkut vierastavat A-klinikkaa, mutta A-voisi olla myös *addiktio-klinik*” (A-klinikatoimi). Yksi Espoon vastaaja epäili, että päihdehuollossa peliongelmat saattavat jäädä muiden ongelmien varjoon (Psykiatrian poliklinikka).

Vain harvat hämeenlinnalaiset vastasivat kysymykseen päihdehuollon erityispalveluiden vahvuuksista ja heikkouksista riippuvuusongelmien hoitamisessa. Espoosta ja Helsingistä tulleiden vastausten tavoin heikkoudeksi nähtiin päihdehuollon leima: ”Korkea kynnys päihdehuoltoon hakeutumiseen” (Nuorisopsykiatria); ”Ongelma voi olla, että on kynnys tulla nimenomaan *A-klinikalle, terveyskeskuksen yhteydessä voi olla helpompi sijainniltaan*” (A-klinikka); ”Päihteettömät eivät varmaankaan miellä päihdehuoltoa omaksi avunsaantipaikakseen” (Terveysasema).

Jyväskylässä päihdehuollon erityispalveluiden heikkoutena ongelmapelaajien tuen ja hoidon järjestämisessä pidettiin resursseja ja sitä, että peliongelma voi jäädä muiden päihdeongelmien varjoon. Sosiaalityöntekijän mukaan peliongelma ei tule välttämättä edes esille, mikäli asiakkaalla on esimerkiksi akuutti päihdeongelma. Vantaalla heikkoudeksi nähtiin Jyväskylän vastaajan tavoin resurssien vähäisyys sekä lisäksi tiedon puute:

*”Asiakkaita on joka paikassa huomattavasti enemmän kuin palveluja on tarjolla, varmaan melko vaikeaa päästä hoitoon pelkän peliongelman takia. Hieman kyseenalaista sekin, tiedetäänkö peliongelmaasta vielä tarpeeksi, jotta osattaisiin tarjota oikeanlaisia palveluja.” (Vantaan katkaisuhoidon toasema)*



*”Heikkoutena koulutuksen ja resurssien riittämättömyys.” (Vantaan nuorisoasema),*

*”Työntekijät hyvin vaihtelevasti perehtyneet asiaan. Ei kartoiteta jokaiselta asiakkaalta, kehittämisen kohde. Peliongelman näkyväksi tekeminen kysymällä asiaa.” (A-klinikka)*

Päihdehuollon erityispalveluiden *vahvuuksina* pidettiin eri kaupungeissa ennen kaikkea osaamista riippuvuuksien hoidossa. Jyväskylästä vahvuuksiin vastasi yksi taho, jonka mukaan ”riippuvuussairauksina kuuluvat päihdehoitoihin” (aikuispsykiatria). Vantaalla päihdehuollon erityispalveluiden vahvuutena nähtiin yksiselitteisesti riippuvuuksiin liittyvä osaaminen: ”Ymmärretään riippuvuusproblematiikkaa” (A-klinikka); ”Päihteet ja pelaaminen liittyvät yleensä yhteen, luontevin tapa ohjata hoitoon on päihdepalvelujen kautta” (sosiaaliasema); ”Vahvuutena riippuvuusproblematiikan ymmärtäminen ja hoidon osaaminen” (Vantaan nuorisoasema). Myös Hämeenlinnassa vahvuuksina nähtiin ”riippuvuusongelman ja -hoidon hyvä osaamistaso” (sekä Terveysasema että A-klinikka). Myös Espoossa ja Helsingissä päihdehuollon erityispalvelujen vahvuudeksi ongelmapelaajien tuen ja hoidon järjestämisessä nähtiin tieto riippuvuusongelmista ja osaava henkilökunta.

TAULUKKO 35. Yhteenveto päihdehuollon erityispalveluiden heikkouksista ja vahvuuksista ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) mukaan

Päihdehuollon erityispalveluiden heikkoudet ja vahvuudet		
	Heikkoudet	Vahvuudet
Ruohonjuuritason vastaajat	Päihdehuollon erityispalveluiden leimaavuus niille ongelmapelaajille, joilla ei ole päihdeongelmaa. Tätä mieltä oli myös osa A-klinikan työntekijöistä. Päihdehuollossa peliongelma voi jäädä muiden ongelmien varjoon. Resurssien ja tiedon puute päihdehuollossa. Ongelmapelaajilla korkea kynnys mennä päihdeongelmaisten palvelujen piiriin.	Osaaminen riippuvuuksien hoidossa. Osaava henkilökunta.

## Mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden heikkoudet ja vahvuudet

Mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden heikkouksiksi nähtiin pitkälti samat asiat kuin päihdehuollon erityispalveluissakin: resurssien ja koulutuksen puute, leimautumisen pelko mielenterveyspalveluissa ja korkea kynnyks. Ero päihdehuollon erityispalveluihin oli kuitenkin siinä, että lisäksi heikkoutena pidettiin haluttomuutta hoitaa ongelmapelaajia ja sitä, että mielenterveyspalveluiden erikoispalvelut ovat vastaajien mukaan väärä taho hoitamaan ongelmapelaajia, koska nämä eivät ole mieleltään sairaita. Seuraavaksi tarkastellaan eri vastauksia ja niiden perusteluja kaupungeittain.

Jyväskylässä mielenterveyspalvelujen heikkoudeksi ongelmapelaajien tukemisessa nähtiin kahdessa vastauksessa resurssit: ”Mielenterveyspalveluissa hoidetaan paljon raskaampia psyykkisiä häiriöitä, kovin paljon resursseja ei ole peliriippuvaisille” (aikuispsykiatria). Lisäksi tuotiin esille epäily, löytyykö mielenterveyspalveluista riittävästi erityisasiantuntemusta peliongelmiin.

Vantaalla mielenterveyspalveluiden heikkoudeksi nähtiin resurssien ja koulutuksen puutteen lisäksi se, että mielenterveyspalveluissa ei haluta hoitaa ongelmapelaajia:

*”Peliongelma varmaan peittyi hoidossa paljolti muiden (helpommin hoidettavien) ongelmien alle, pelkän peliongelman kanssa hoidon saanti on todella vaikeaa. Mielenterveyspuoli myös mielellään pesee kätensä riippuvuusongelmien hoitamisesta, ehkä syömishäiriötä lukuun ottamatta, ja ohjaa asianomaiset asiakkaat päihdepalveluihin psykiatrisesta problematiikasta riippumatta.” (Vantaan katkaisuhuoltoasema)*

*”Mielenterveyspuoli ei välttämättä tunnista päihdetaustaa. Mielenterveyspuoli on huono tekemään moniammatillista yhteistyötä. Sysäi mielellään ongelmapelaajat muualle. Toisaalta joidenkin kohdalla terapia ja keskustelu ovat riittävä apu.” (Sosiaaliasema)*

Espoossa heikkoutena pidettiin sitä, että mielenterveyspalvelut ovat väärä taho hoitamaan ongelmapelaajia: ”Ongelmapelaaja voi kokea olevansa väärässä paikassa, koska hänellä ei välttämättä ole mielenterveysongelmaa” (Sosiaalinen luoto-tus); ”Leimautumisen pelko, olenko mieleltäni sairas?” (Talous- ja velkaneuvonta); ”Kaikkien kohdalla ei ole kyse mielenterveysongelmasta” (A-klinikkatoimi). Espoossa myös mielenterveyspalveluiden resurssit nähtiin riittämättömiksi:

*”Heikkoutena resurssien riittämättömyys. Joudutaan priorisoimaan vakavien psykiatristen sairauksien hoitoon, kuten skitsofrenia, bipolaarihäiriö. Toisaalta näillä potilailla on myös peliongelmaa ja hoidon hajauttaminen ei ole aina tarkoituksenmukaista.” (Psykiatrian poliklinikka)*

Hämeenlinnassa mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden ongelmiksi nähtiin samat teemat kuin muissakin kaupungeissa eli resurssien vähäisyys, tiedon ja palvelujen puute, korkea kynnys ja se, että kaikki ongelmapelaajat eivät koe olevansa mielenterveysongelmaisia: ”Resurssipula tällä alueella, samaten osa *ongelmapelaajista ei koe olevansa hulluja*” (Terveysasema); ”Resurssien tarkoituksenmukainen kohdentaminen suuressa kysynnässä” (Psykiatrian poliklinikka); ”Vähän juuri *ongelmapelaajille palveluja*” (Aikuispsykiatria); ”Ei ole resursseja, joka tapauksessa pitäisi olla asiaan hyvin perehtyneitä asiantuntijoita, Kynnys hakeutua voi olla korkea” (Nuorisopsykiatria); ”Kynnysongelma on varmasti. Onko osaamista?” (A-klinikka).

Helsingin Sosiaaliasemilta tulleissa vastauksissa heikkoutena korostui mielenterveyspalveluiden erikoispalvelujen leimaavuus. Tätä pitivät ongelmana kaikki Sosiaaliasemien vastaajat. Helsingin A-klinikan vastaajista vain yksi otti kantaa mielenterveyspalveluiden heikkouksiin. Hänen mukaansa mielenterveyspalveluissa ei haluta hoitaa ongelmapelaajia, vaan heidät lähetetään päihdehoitopaikkoihin. Muut Helsingin A-klinikoiden vastaajat eivät osanneet sanoa tai eivät ottaneet kantaa tähän kysymykseen. Helsingin Nuorisoasemalta vastattiin, että mielenterveyspalveluiden heikkoutena ovat korkea kynnys, lääkepainotteisuus ja osaamisen puute.

Mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden *vahvuuksina* nähtiin usein erikoisosaaminen juuri mielenterveyteen liittyvissä kysymyksissä: ”Osataan oma erityisalue” (Vantaan A-klinikka); ”Vahvuutena psyykkisten ongelmien tunnistaminen ja hoidon tarpeen arviointi” (Vantaan nuorisoasema). Tähän kysymykseen vastasivat vain harvat. Jyväskylän vastaajista kukaan ei tuonut esille mielenterveyspalveluiden vahvuuksia niitä kysyttäessä. Hämeenlinnan vastaajista yksi piti mielenterveyspalveluiden etuna laaja-alaista hoidon asiantuntemusta yleensä.

TAULUKKO 36. Yhteenveto mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden heikkouksista ja vahvuuksista ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) mukaan

Mielenterveyspalveluiden erikoispalveluiden heikkoudet ja vahvuudet		
	Heikkoudet	Vahvuudet
Ruohonjuuritason vastaajat	Resurssien puute, koulutuksen puute, mielenterveysongelmaan leimautumisen pelko, ongelmapelaajilla korkea kynnys mennä mielenterveyteen liittyviin palveluihin, haluttomuus hoitaa ongelmapelaajia. Väärä taho, koska osa ongelmapelaajista ei koe olevansa mieleltään sairaita.	Erikoisosaaminen mielenterveyteen liittyvissä kysymyksissä.

## Ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden heikkoudet ja vahvuudet

Ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden heikkouksia luettiin vain vähän. Jyväskylässä vain peliongelmaan erikoistuneiden tukipalvelujen heikkoudeksi epäiltiin sitä, tuleeko ongelmapelaajan kokonaistilanne riittävästi esille vai keskitytäänkö liikaa pelkän peliongelman hoitamiseen. Myös Vantaalla ongelmaksi nähtiin se, että asiakas saattaa jäädä huomiotta kokonaisuutena: ”Heikkoutena se, että muut ongelmat saattavat jäädä hoitamatta tai niitä ei huomata. Asiakas pitäisi kohdata kokonaisuutena ja miettiä mikä johtuu mistäkin.” (Sosiaaliasema)

Vantaalla nähtiin lisäksi heikkoudeksi palvelujen riittämättömyys (Vantaan katkaisuhuoltoasema). Espoosta ei vastattu erikoistuneiden palveluiden heikkouksiin. Hämeenlinnasta peliongelman hoitoon erikoistuneiden palveluiden vahvuuksiin ja heikkouksiin vastasi vain yksi taho, Terveyskeskus, joka piti heikkoutena pitkiä välimatkoja palveluihin. Helsingin A-klinikoilta heikkoudeksi todettiin erikoistuneiden hoitoyksiköiden sijainti vain suuremmissa kaupungeissa, mistä syystä moni voi jäädä hoitamatta sekä se, että siksi esimerkiksi päihdeongelma voi jäädä liian pienelle huomiolle. Helsingin Nuorisoasemalta vastanneet näkivät heikkoudeksi erikoistuneen hoidon kapea-alaisuuden, sillä ”*usein pelaamiseen liittyy muitakin sosiaalis-emotionaalis-kognitiivisia ongelmia ja päihderiippuvuutta*”.

Ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden tahojen *vahvuuksia* nähtiin enemmän kuin heikkouksia. Usein vahvuudeksi nähtiin juuri erikoisosaaminen peliongelma-alueesta. Helsingistä vastanneiden osalta tätä mieltä olivat Helsingin Sosiaaliaseman ja A-klinikoiden vastaajat. Helsingin Sosiaaliasemien vastaajien mukaan vahvuus on myös se, että peliongelmaiset mieltävät palvelut omikseen ja juuri heille tarkoitetuksi. Helsingin A-klinikat mainitsivat vahvuudeksi myös saatavilla olevan vertaistuen. Vantaalla ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden vahvuudeksi nähtiin osaamisen hyvä taso (A-klinikka), se että tiedetään ongelmas-  
ta paljon (Sosiaaliasema) sekä erikoisosaaminen ja vertaistuen mahdollisuus (Vantaan Nuorisoasema).

Myös Espoossa ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden vahvuuksina pidettiin juuri peliongelmien erikoisosaamista: ”Heillä olisi varmaan erikoisosaamista” (Psykiatrian poliklinikka); ”Jos vain peliongelma, niin paras vaihtoehto” (Talous- ja velkaneuvonta); ”Olisi paras mahdollinen silloin kun ei ole muuta problematiikkaa” (Sosiaalinen luototus); ”Työhön erikoistunut paikka ok, jos maksupuoli järjestyy ja on riittävästi asiakkaita, *esimerkiksi nettipelaamisesta tietoa tarvitaan*.” (A-klinikkatoimi). Jyväskylässä vahvuudeksi mainittiin ihmisen kokonaisuuden huomioon ottaminen ja yhteistyöverkoston yhteen hiileen puhaltaminen. Hämeenlinnasta ei vastattu tähän kysymykseen.

TAULUKKO 37. Yhteenveto ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden heikkouksista ja vahvuuksista ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) mukaan

Ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneiden palveluiden heikkoudet ja vahvuudet		
	Heikkoudet	Vahvuudet
Ruohonjuuri- tason vastaajat	Ongelmapelaaja-asiakas saattaa jäädä huomiotta kokonaisuutena, kun keskitytään vain peliongelmaan. Ongelma voivat olla pitkät välimatkat erikoistuneisiin palveluihin (ja niiden sijainti vain suurimmissa kaupungeissa).	Erikoisosaaminen juuri peliongelmissa. Hyvä tietotaso. Vertaistuen mahdollisuus. Ihmissen kokonaisuuden huomioon ottaminen.

## Ongelmapelaajien tai heidän läheistensä tuki- ja hoitopalvelujen kehittämistarpeet

Seuraavaksi tarkastellaan ongelmapelaajien tai heidän läheistensä tuki- ja hoitopalvelujen kehittämistarpeita kaupungeittain. Vantaalla kehittämistarpeiksi nähtiin läheisten parempi huomioon ottaminen, vertaisryhmien perustaminen, koulutus, velkaneuvonta sekä peliongelma kysyminen kaikilta asiakkailta: ”Läheisille ja ongelmapelaajille voisi olla ainakin enemmän ryhmätoimintaa/vertaisryhmiä ja paikkoja, joihin mahdollisimman matala kynnyks, lisäksi tietenkin netti- ja puhelinneuvontaa koko maan osalta” (Sosiaaliasema); ”Koulutus ja riittävä resursointi palveluissa on huomioitava” (Vantaan Nuorisoasema); ”Jatkohoidon suunnittelussa peliongelma pitäisi huomioida, ehkä on mahdollisuus käynnistää joitain velkaneuvontaan tai taloudelliseen tilanteeseen liittyviä selvittelyjä” (Vantaan katkaisuhoidoasema).

Espoossa haluttiin lisää koulutusta ja ennen kaikkea tietoa monesta eri näkökulmasta: ”Tiedon lisääminen ongelmapelaajista ja hoitomahdollisuuksista” (Psykiatrian poliklinikka); ”Kun saa riittävästi tietoa olemassa olevista palveluista, niin osaa ohjata oikeaan paikkaan” (Sosiaalinen luototus); ”Tietoa ongelmista ja sen hoidosta, paikkoja mihin ohjata asiakkaita” (Talous- ja velkaneuvonta); ”Meidän tulisi enemmän pitää mielessä ja tiedostaa peliongelman olemassaolo, esimerkiksi syy velkaantumiseen tai rahattomuuteen voi olla peliongelma” (Sosiaali- ja kriisipäivystys); ”Koulutusta uusista pelimuodoista ja peliongelman erityispiirteistä” (A-klinikkatoimi). Nuorisotalosta haluttiin peliongelmiin nopeampaa puuttumista: ”Työ on vaikeaa, koska ongelmaiset eivät itse näe tilannettaan huonona ja kukaan (pelikonetta tarjoavat kauppiat tai vanhemmat) ei näytä puuttuvan asiaan”. Jyväskylässä kehittämistarpeina nähtiin ongelman parempi tunnistaminen ja rohkeuden lisääminen peliongelman puheeksi ottamiseksi.

Hämeenlinnassa kehittämistarpeiksi nähtiin tiedon lisääminen erityisesti tuki- ja hoitopalveluista sekä hoitomenetelmistä: ”Enemmän tietoa *alueellisista palveluista*” (Psykiatrian poliklinikka); ”Tietoa hoitomahdollisuuksista ja hoitopaikoista” (Aikuispsykiatria); ”Tietoa tarvitaan arvioinnista ja käytössä olevista hoitomenetelmistä” (Nuorisopsykiatria); ”Hoitoonohjausjärjestelmän kehittäminen, omaisten tukiryhmät, vertaisryhmät” (Kotipalvelu). A-klinikalta ehdotettiin paikallista informaatiokampanjaa aiheesta:

*”Asiakaskuntaa on sen verran vähän, ettei toistaiseksi ole saatu ryhmähoitoa pysyväksi palveluksi. Vaatii usein ilta-aikojen mahdollisuutta. Ammattitaito ei kehity, jos ongelma tulee vastaan harvakseltaan. Paikallinen infokampanja hoitoon tulemisen edistämiseksi voisi rohkaista muutamia ottamaan yhteyttä. Voisi olla paikallaan rakentaa myös hoitoverkostoa yhdessä peruspalveluiden ja psykiatrian kanssa.” (A-klinikka)*

Helsingissä toistuvat samat teemat. Sosiaaliasemilla toivottiin lisää koulutusta aihepiiristä, lisää yhteistyötä, lisää tietoa erityispalveluista (myös eri ryhmille, kuten vanhuksille) sekä enemmän aiheesta tiedottamista alueen asukkailla esimerkiksi ilmaislehdissä. Helsingin A-klinikan vastaajat toivoivat, että työntekijöille pitäisi järjestää lisä- ja menetelmäkoulutusta aiheesta, ”koska peliriippuvaiset koetaan vaikeina eikä omaan osaamiseen aina luoteta”. Lisäksi pelaamiseen perehtyneisiin yksiköihin (kuten Rapeli) kerääntynyt tieto pitäisi saada paremmin hyödynnettyä. Helsingin Nuorisoasemalta toivottiin, että sosiaaliviraston koulutusyksikkö järjestäisi selvemmin peliteemaan liittyvä koulutusta.

TAULUKKO 38. Yhteenveto ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) kokemista kehittämistarpeista ongelmapelaajille tai heidän läheisilleen

Ongelmapelaajien tai heidän läheistensä tuki- ja hoitopalvelujen kehittämistarpeet	
Ruohonjuuritason vastaajat	<p>Laaja-alaista tietoa tulee lisätä yleensäkin peliongelma- ja ongelmapelaajista, tuki- ja hoitopalveluista sekä hoitomenetelmistä.</p> <p>Lisää koulutusta peliongelman erityispiirteistä ja pelimuodoista, myös A-klinikoille.</p> <p>Peliongelman tunnistettavuutta tulee parantaa ja puheeksi ottamista lisätä.</p> <p>Läheiset otettava paremmin huomioon tuki- ja hoitopalveluissa.</p> <p>Aihepiiristä sekä tuki- ja hoitopalveluja tarjoavista tahoista olisi tiedotettava esimerkiksi ilmaislehdissä.</p>

## Muuta sanottavaa ongelmallisesti pelaavien palveluista

Seuraavaksi tarkastellaan kaupungeittain, mitä muuta vastaajat haluavat vielä sanoa ongelmallisesti pelaavien palveluista. Vantaalla esille tuli ongelman näkymättömyys ja peliongelmien lisääntyminen sekä se, ettei ongelman laajuutta ja vakavuutta vielä tarpeeksi tiedosteta: ”Piilossa oleva ongelma” (A-klinikka); ”On todennäköistä, että ongelma lisääntyy ajan myötä, jolloin varhainen puuttuminen riittävän kokonaisvaltaisesti ja aikaisessa vaiheessa on tärkeää.” (Vantaan Nuorisoseura); ”Mielestäni ongelman vakavuutta ja syvyyttä ei ole kovin hyvin ymmärretty valtakunnan päättäjien taholla. Toisaalta voidaan myös kysyä, onko siitä riittävästi pidetty ääntä” (sosiaaliasema). Vantaan katkaisuhuoltoaseman vastaaja korostaa peliongelman vakavuutta ja vaaraa siitä, että peliongelmainen voi jäädä palveluissa toissijaiseksi ja huomaamattomaksi:

*”Peliongelma on sinällään aivan yhtä vaikea ja haitallinen riippuvuus kuin aineriippuvuudetkin. Tämä pitäisi huomioda palvelujen järjestämisessä ja resursoinnissa. Kukaan tuskin tietää tarkkaa lukumäärää niiden ongelmapelaajien osalta, joilla ei ole jotain muuta niin paha ongelmaa, että sen takia tulisi hakeutuneeksi hoitoon. Tutkimustakin saisi olla enemmän.” (Vantaan katkaisuhuoltoasema)*

Myös Hämeenlinnasta vastanneet korostivat, että aihepiiriin pitäisi olla rohkeammin esillä: ”Valtakunnallinen asian esillä pitäminen olisi suotavaa. Nettitarjontaa asiakkaat kiittävät, siellä voi tehdä testejä, käydä keskustelua, saada tietoa” (A-klinikka); ”Keskustelua tarvitaan, jotta asia tulee esille sekä sen vakavuus ja liittymisen muihin asioihin tulee päivänvaloon” (Kotipalvelu); ”Meilläkin voisi olla enemmän näistä tietoa, vaikka emme ensisijainen toimipiste olekaan, heijastuuhan myös peliongelma koko perheeseen” (Perheneuvola).

Espoosta kaksi tahoa vastasi tähän. Toinen mietti pelien valvonnan tiukentamista ja toinen erityistarpeiden huomioon ottamista: ”Vaikea tauti tuntuu olevan eikä koukusta ole helppo päästä irti. Pelien valvonnan tiukentaminen???” (Talous- ja velkaneuvonta): ”Mielenterveysongelmaiset ja muut pelaajat eivät oikein sovi samaan ryhmään, erityistarpeet huomioitava” (A-klinikkatoimi). Helsingin Sosiaaliasemilta vastattiin, että tarvetta olisi asialliselle informaatiolle ja erityisryhmien ottamiselle huomioon: ”Turhat sankarit pois julkisuudesta miljoonien kanssa”; ”Vanhukset pitäisi huomioda, osa vanhuksista ei tiedosta, että heillä on peliongelma. Vanhukset pääsääntöisesti häpeävät pelaamistaan mikäli itse tiedostavat sen ongelmaksi. Usein vanhuksilla on niin paljon ongelmia, että peliongelma jää muiden ongelmien taakse, mikäli pelaamisella ei ole katastrofaalista vaikutusta asiakkaan toimeentuloon.” Yksi Helsingin A-klinikan vastaaja toivoi, että suurissa kaupungeissa voisi olla peliriippuvaisille tarkoitettu poliklinikka. Toinen A-klinikan vastaaja kertoi, että tarvittaisiin lisää yhteistyötä esimerkiksi Peluurin ja muiden

vastaavien tahojen kanssa. Helsingin Nuorisoasemien vastaajat halusivat pysyvää ja laadukasta toimintaa ainakin pääkaupunkiseudulle, ei projekteja.

TAULUKKO 39. Yhteenveto ruohonjuuritason vastaajien (N = 40) muusta sanottavasta ongelmallisesti pelaavien palveluista

Muuta sanottavaa ongelmallisesti pelaavien palveluista	
Ruohonjuuritason vastaajat	<p>Peliongelma on paljolti piilossa oleva ongelma ja siksi peliongelmainen ja hänen hoitonsa voi jäädä palvelujärjestelmässä toissijaisiksi. Kyseessä on vakava ongelma, josta on myös vaikea päästä irti. Peliongelman laajuutta ja syvyyttä ei vielä tiedosteta tarpeeksi. Aihepiirin tulisi olla enemmän esillä niin julkisuudessa kuin tutkimuksessa.</p> <p>Internetistä saatavilla olevat tieto- ja keskustelupalvelut ovat hyviä. Suuriin kaupunkeihin haluttiin peliriippuvaisille tarkoitettu poliklinikka. Lisää yhteistyötä ongelmapelaajien parissa työskentelevien eri tahojen kanssa.</p> <p>Erityisryhmät, kuten iäkkäät peliongelmaiset, pitäisi ottaa paremmin huomioon.</p> <p>Haluttiin pysyviä palveluita, ei projekteja.</p>



# IV

## YHTEENVETO

### 7 Yhteenveto

Tämän arvioinnin tarkoitus on esittää kokonaisarvio ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen toimivuudesta hoitojärjestelmän näkökulmasta. Arvioinnissa käsitellään palvelujen organisointia ja toimivuutta sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Lisäksi tarkastellaan perus- ja erityispalvelujen asemaa ja merkitystä ongelmapelaajien palvelujen järjestämisessä sekä eri tuki- ja hoitopalvelujen sisältöä ja menetelmiä.

Arvioinnissa on käytetty monenlaisia tutkimusaineistoja. Ongelmapelaajien parissa työskenteleville, ongelmapelaajien kohtaamiseen erikoistuneille asiantuntijoille<sup>34</sup> on ensin tehty sähköpostikysely (N = 30) ongelmapelaajien palvelujen toimivuudesta. Sen jälkeen pitkälti samansisältöinen kysely (N = 40) on tehty myös eri puolella Suomea työskenteleville palvelujen tuottajille, jotka ruohonjuuritasolla oman työnsä ohella kohtaavat ehkä ongelmapelaajia. Arviointia varten on haastateltu myös asiantuntijoita (N = 14), jotka edustivat ongelmapelaajille hoitopalveluja tarjoavia tahoja. Aineistona on käytetty lisäksi aihetta koskevaa kirjallisuutta sekä eri tuki- ja hoitopalveluista saatuja tilastoja ja muita dokumentteja.

Seuraavaksi esitellään yhteenveto saaduista tuloksista. Ensin luvussa Yhteenveto eri tuki- ja hoitopaikoista esitellään Suomessa käytössä olevat eri hoitomenetelmät ja tarkastellaan niiden yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia. Sitten luvussa Yhteenveto asiantuntijakyselyn tuloksista esitellään tiivistetysti asiantuntijakyselyn tulokset ja lopuksi luvussa Yhteenveto ruohonjuuritason tuloksista ruohonjuuritason työntekijöiden näkemykset.

### Yhteenveto eri tuki- ja hoitopaikoista

Hoitoyksiköistä ja tahoista mukana tutkimuksessa olivat Turun Nuorisoasema, Kuopion kriisikeskus, Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö, Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskus ja Kouvolan kuntoutuskeskus. RAY-rahoitteisista kehittämishankkeista mukana olivat Rapeli-yhteisön sekä Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutus (ks. Nykytila s 87). Nämä hoitoyksiköt ja -tahot valittiin siksi, että ne

<sup>34</sup> He ovat nykyisen peli- ja päihdeongelmien hoitojärjestelmän edustajia.

ovat keskeiset tahot Suomessa. Seuraavassa käsitellään näiden hoitotahojen hoitomenetelmien yhteiset ja eroavat piirteet.

Rapeli-yhteisöä lukuun ottamatta kaikissa hoitopaikoissa annettava hoito tai kuntoutus perustuu kognitiiviseen lähestymistapaan.<sup>35</sup> Tätä kognitiivista lähestymistapaa ei kuitenkaan sovelleta samalla tavalla eri hoitoyksiköissä ja tahoissa, vaan se saa erilaisia merkityksiä ja sisältöjä eri yhteyksissä (ks. tarkemmin luku 4) ja eri ihmisten toteuttamana. Jokaisessa toimipaikassa voi saada ryhmämuotoisen hoidon rinnalle tai erikseen myös yksilökäyntejä.

Ryhmämuotoiset tapaamiset vaihtelevat kaikissa hoitopaikoissa noin 8:n ja 12 tapaamiskerran välillä (poikkeuksena laitoshoidon tiiviimmät ryhmäkokoonnotukset), jotka usein toteutetaan viikoittain. Ryhmätapaamiset ovat usein avoimia eli niihin voi tulla mukaan lisää ongelmapelaajia ryhmän jo toimiessa. Usein ryhmäkokoonnutmisissa on myös omat etukäteen tiedetyt keskusteluteemansa, jotka tosin vaihtelevat kunkin ryhmän tarpeiden mukaan.

Ryhmissä käsiteltäviä tyypillisiä teemoja ovat pelaamisen edut ja haitat, pelaamisen riskitilanteet, retkahdusten estäminen, velat ja talouden hallinta (ks. tarkemmin luku 4). Useat tahot toivat esiin myös sen, että ryhmissä on oleellista miettiä sitä, mitä pelaamisen tilalle voisi saada. Eri hoitopaikoissa käytetään erilaisia vaihtoehtoisia ryhmätoimintoja, kuten rentoutusharjoituksia ja mielikuvaharjoituksia.

Eri hoitopaikkojen ryhmäistunnoille on tyypillistä se, että ryhmiin osallistuvat saavat kotitehtäviä, jotka pitää tehdä seuraavaan ryhmätapaamiseen mennessä, jolloin ne puretaan. Yhteistä hoidoille on myös se, että niissä annetaan erilaisia tietoiskuja pelaamisesta ja niissä voi vierailla eri asiantuntijoita esittelemässä aihepiiriä.

Kaikissa hoitopaikoissa korostetaan vertaisavun tärkeyttä. Usein hoitoihin kuuluu itsehoidon elementtejä, kuten erilaiseen kirjallisuuteen tutustumista. Yhteistä kaikille hoidoille on myös pyrkiminen muutokseen, monet tahot käyttävät tavoitteissaan ja asiakastyön kuvauksessaan termejä muutokseen motivointi ja motivoiva haastattelu. Kaikki edellä kuvattu ryhmien toimintatapa pohjautuu päihdeongelmaisille tyypillisesti annettavaan ryhmämuotoiseen hoitoon, josta se on sovellettu ongelmapelaajille.

Monille hoitotahoille on yhteistä se, että niissä on vain yksi henkilö (tai korkeintaan kaksi) erityisesti perehtynyt ongelmapelaajille annettavaan yksilöhoitoon ja/tai ryhmien vetämiseen. Näin on Turun nuorisoasemalla, Kuopion kriisikeskuksessa, Kouvolan kuntoutuskeskuksessa ja Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiössä.

35 Rapeli-yhteisön hoito perustui systeemiseen ratkaisukeskeiseen näkökulmaan (Katariina Pajupuron suullinen tiedonanto 4.4.2008). Myös Sosiaalipedagogiikan säätiössä on vuosina 2004–2006 toteutettu kuntoutus, joka poikkeuksellisesti perustui psykodynaamiseen ajattelutapaan (ks. tarkemmin Huotari 2007). Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja siinä käytettyjen hoitomenetelmien kritiikkiä on tuonut Suomessa esille Nikkinen (ks. 2008). Hän kyseenalaistaa muun muassa hypnoosin ja NLP:n käytön. Samoin esimerkiksi akupunktiota, aromaterapiaa ja vyöhyketerapiaa yhdistää luotettavan tutkimustiedon puuttuminen niiden vaikutuksista peliongelman hoitoon (Nikkinen 2008).

Laitoshoidossa, kuten Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskuksessa ja Kouvolan kuntoutuskeskuksessa, ongelmapelaajan kuntoutusjakso on tiiviimpi ja moniaineksisempi. Hoitoon kuuluu yksilö- ja ryhmätapaamisten lisäksi verkostopalaverieja, mahdollisia perhekeskusteluja tai läheisten tapaamisia ja Tyynelässä myös yhteisöhoitoa.

Laitoskuntoutuksen tavoitteellisuuden ja tiiviyden piirteitä on myös Rapeli-yhteisön ja Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutuksessa. Näissä paikoissa ongelmapelaajat dokumentoidaan monin tavoin. Tyynelässä sekä Sosiaalipedagogiikan säätiössä kuntoutukseen osallistujille tehdään henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Rapeli-yhteisössä, Sosiaalipedagogiikan säätiössä ja laitoshoidoissa on käytössä tulohaastattelulomake, jossa kysytään tarkasti muun muassa pelihistoriasta, pelaamisesta, hoitotoiveista, ihmissuhteista ja talous-/velkatilanteesta.

Rapeli-yhteisössä asiakkaille tehtiin niin sanottu asiakaskortti sekä lähtöhaastattelulomake. Rapeli-yhteisön hoidossa oli paljon muitakin laitoshoidon elementtejä. Rapelissa oli Tyynelän hoidon tavoin aamupäivisin koulutuksellisia ryhmiä ja iltapäivisin muuta yhteisöllistä toimintaa, kuten taideterapiaharjoituksia. Kaikille hoitopaikoissa on yhteistä se, että niissä ei ole seurattu systemaattisesti hoidossa olleita tai hoidon vaikutuksia pelaajiin.

## Yhteenveto asiantuntijakyselyn tuloksista

Asiantuntijakyselyyn ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen kehittämiseksi vastasi 30 henkilöä. Vastaajista noin kolmasosa oli ”päihdetahojen” ja kolmasosa ”pelitahojen” edustajia. Loput edustivat muita ongelmapelaajien parissa työtä tekeviä tahoja, kuten talous- ja velkaneuvontaa, mielenterveyspalveluja, Kansanterveyslaitosta ja Kriisikeskusta.

Asiantuntijakyselyyn vastanneiden mukaan Suomessa on valtakunnallisesti tarjolla vähän palveluja ongelmapelaajille. Palvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Palvelut vaihtelevat suuresti, ne ovat sattumanvaraisia tai hajanaisia tai niitä ei ole ollenkaan. Pääkaupunkiseudulla on eniten palveluja. Alueellisten palvelujen erot johtuvat muun muassa eri palveluntuottajien omista intresseistä. Asiantuntijakyselyyn vastanneiden mukaan kansalaisten eriarvoisuus on tässä ilmeinen, koska asuinkunta vaikuttaa kohtuuttomasti palvelujen saantiin. Ongelmana on myös resurssien vähäisyys.

Kyselyyn vastanneiden asiantuntijoiden mukaan keskeinen valtakunnallinen palvelu on auttava puhelin Peluuri sekä sen nettipalvelut. Valtakunnallinen palvelujen organisointi on heikkoa eikä palvelujen ohjaus ulotu paikallistasolle, koska kunnat voivat paikallistasolla itsenäisesti päättää palveluiden järjestämisestä. Asiantuntijoiden mukaan ongelmana on myös palvelujärjestelmän eriytyneisyys (esimerkiksi velat hoidetaan yhtäällä, psykososiaaliset ongelmat toisaalla). Peliongelmistä kouluttamisessa, tiedottamisessa ja tukipalveluissa on paljon kehitettävää.

Tällä hetkellä yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien tahojen välillä sujuu pääosin hyvin, vaikka monien asiantuntijakyselyyn vastanneiden mielestä se on vasta alkamassa. Yhteistyön ongelmana ovat kunnat. Yhteistyö kuntien kanssa on vähäistä tai kunnat eivät ole juuri kiinnostuneita yhteistyöstä.

Asiantuntijakyselyyn vastanneiden mukaan mikään ongelmallisesti pelaava ryhmä ei saa Suomessa riittävästi palveluja. Erityinen ongelmaryhmä muodostuu niistä, jotka eivät tunnista ongelmaansa tai palvelujärjestelmä ei tunnista sitä. Moniongelmaisten peliongelma jää helposti muiden ongelmien varjoon ja sitä tarkastellaan vähemmän tärkeänä ongelmana. Mielenterveysongelmallisille on vaikea löytää sopivaa hoitopaikkaa peliongelmissa. Ongelmapelaajien läheiset ovat palveluissa tukemassa pelaajaa, mutta heidän omiin tarpeisiinsa ja heidän tukemiseen ei ole tarpeeksi kiinnitetty huomiota. Asiantuntijakyselyyn vastanneiden mukaan laitoshoitopalveluja tarvitaan valtakunnallisesti korkeintaan yhdessä tai kahdessa laitoshoitoyksikössä ja nykyinen laitospasiteetti riittää. Vastaaajien mukaan oleellista on lisätä avopalveluita, vertaistukipalveluja, matalan kynnyksen palveluja ja nuorten erityistukea.

Asiantuntijat ovat vahvasti sitä mieltä, että ongelmapelaajien hoitoon ja tukemiseen tarvitaan erikoistuneita avopalveluja. Erityisesti niitä tarvitaan pääkaupunkiseudulle, koska siellä on eniten hoidon ja tuen tarpeessa olevia ongelmapelaajia. Kukaan asiantuntijoista ei ehdottanut ongelmapelaajille omaa hoitojärjestelmää omine hoitoyksikköineen, vaan ongelmapelaajien avohoito voidaan järjestää osana päihdepalveluja. Päihdepalveluissa ongelmapelaajat tulee profiloida omaksi ryhmäkseen esimerkiksi niin, että kullakin A-klinikalla on vähintään yksi juuri peliriippuvuuksiin koulutettu työntekijä. Yksikään asiantuntija ei pitänyt tarpeellisena perustaa täysin uutta laitoshoitoyksikköä ongelmapelaajille. Sen sijaan riittäväksi nähtiin jo olemassa olevat kaksi päihdehuollon yksikköä, jotka nyt ottavat vastaan ongelmapelaajia. Laitoshoidon tärkeys kaikkein vaikeimpien ongelmapelaajien hoidossa korostui samoin kuin laitoshoidon resurssien turvaaminen.

Tällä hetkellä erikoistuneita palveluja ongelmapelaajille on Suomessa hyvin vähän. Erikoistuneet palvelut antaisivat mahdollisuuden käsitellä ensisijaisesti peliongelmaa. Myös osaaminen ja tieto peliongelmistä olisi niissä ajan tasalla. Erikoistuneiden palveluiden heikkoudeksi nähtiin heikot taloudelliset resurssit, ja siksi resurssikohdennuksia toivottiin ensin yleisjärjestelmään. Erityispalveluita tarjoaa tällä hetkellä usein myös kolmannen sektorin toimija, ja siksi osaaminen ei leviä osaksi julkisten palvelujen tietotaitoa.

Asiantuntijoiden mukaan *iso ongelma on, minne ja miten erikoistuneet avopalvelut olisi hyvä järjestää*. Kunnallisten peruspalvelujen asema ongelmapelaajien palvelujen järjestämisessä on asiantuntijoiden mukaan nykyisellään hyvin heikko. Peruspalvelut eivät tunnista peliongelmaa, eivät osaa ottaa sitä puheeksi eivätkä aina osaa ohjata ongelmapelaajia hoitoon. Joidenkin asiantuntijakyselyyn vastanneiden mukaan peruspalveluissa myös vähätellään peliongelmaa eikä siellä ole riittävästi tietoa peliongelmistä.

Tulevaisuudessa asiantuntijat näkivät peruspalvelujen merkityksen entistä tärkeämmäksi. Peruspalvelut nähtiin tulevaisuudessa peliongelmiin tunnistajaksi ja palveluihin ohjaajaksi. Asiantuntijat halusivat kunnille lisää tietoa, koulutusta ja ohjeistusta peliongelmiin järjestämisestä. Muutama asiantuntijakyselyyn vastannut ei kuitenkaan uskonut kuntien tulevaisuudessa sijoittavan voimavaroja ongelmapelaajien hoitoon, koska jaettavissa olevat resurssit ovat hyvin niukat.

Asiantuntijoiden mukaan myös ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen rahoitus (kuten maksusitoumusten saanti laitoshoitoon) toimii kunnissa joko huonosti tai sattumanvaraisesti. Maksusitoumusten saanti pelaajien laitoshoitoon vaihtelee kunnittain. Jotkut kunnat myöntävät sitoumuksia helposti ja jotkut eivät lainkaan.

Asiantuntijat ovat sitä mieltä, että mielenterveyspalveluilla ongelmapelaajien hoitotahona olisi monia heikkouksia. Mielenterveyspalveluihin ei aina oteta ongelmapelaajia tai heitä koskevat ongelmat sivuutetaan. Joidenkin asiantuntijakyselyyn vastanneiden mukaan mielenterveyspalveluissa peliongelmaa vähätellään tai siellä ei edes haluta oppia alan asiantuntijoiksi. Mielenterveyspalveluilla on asiantuntijoiden mukaan kuitenkin myös vahvuuksia. Ne ovat mielenterveysasioiden osaaminen ja mielenterveyspalveluiden laaja alueellinen saatavuus.

A-klinikat ovat asiantuntijoiden mukaan ongelmallisia tuen ja hoidon tarjoajia siksi, että ongelmapelaajat ovat A-klinikoilla päihdeongelmaisten suhteen toissijainen ryhmä. Monien mielestä A-klinikan kynnys on liian korkea niille ongelmapelaajille, joilla ei ole päihdeongelmaa. Korkea kynnys näkyy leimaantumisongelmana, jonka takia ongelmapelaajat eivät halua identifioitua päihdehuollon palvelujen käyttäjiksi. A-klinikoiden ongelmina on asiantuntijakyselyyn vastanneiden mukaan myös resurssien vähyys, ylikuormitus, peliongelmiin toissijaisuus ja ohjeistuksen puute. Lisäksi ongelmapelaajia koskeva osaaminen keskittyy vain tiettyihin yksiköihin. A-klinikoiden vahvuutena on riippuvuusongelmien hallitseminen ja osaaminen niissä. A-klinikoilla on pitkä kokemus ongelmapelaajien hoidosta ja kuntoutuksesta. Niillä on myös valtakunnallisesti kattava ja toimiva verkosto.

Osa asiantuntijakyselyyn vastanneista kuitenkin toivoo avohoitopalveluja osaksi muuta addiktiohoitojärjestelmää. Käytännössä tämä tarkoittaisi, että kussakin avohoitopaikassa (A-klinikoilla) koulutettaisiin vähintään yksi työntekijä ongelmapelaajien hoitoon. Järjestämällä erikoistuneet avohoitopalvelut päihdehuollon erityispalveluissa päihde- ja peliriippuvuusongelmien samankaltaisuus olisi asiantuntijakyselyyn vastanneiden mukaan etu. Perusteena tuli esille myös se, että ongelmapelaajia on hoidettu A-klinikoilla pieniä määriä jo toistakymmentä vuotta, joten monilla A-klinikoilla on kokemusta ja osaamista peliongelmiin käsittelyyn. A-klinikoiden vahvuutena on asiantuntijoiden mukaan myös se, että A-klinikoilla on valtakunnallisesti kattava verkosto.

Asiantuntijakyselyyn vastanneet ”päihdetahot” näkivät oman asemansa tulevaisuudessa nykyistä keskeisemmäksi, mutta ei aivan yksiselitteiseksi. Päihdetahot kokivat tulevaisuudessa olevansa tärkeä hoidon ja kuntoutuksen tarjoaja. Toisaalta

ne esittivät myös suoraan epäroivia näkemyksiä asemastaan tulevaisuudessa. Esille tuli, että ongelmapelaajien hoito päihdepalveluissa on tähänkin saakka ollut minimaalista ja että yhä ruuhkautuvan päihdehoidon ohessa ongelmapelaajien hoidon ei uskottu lisääntyvän.

”Pelitahot”, jotka koostuvat laajasti eri tahoista (esimerkiksi Stakes, Sosiaali-pedagogiikan säätiö, RAY) määrittivät oman organisaationsa aseman tulevaisuudessa nykyistä paljon laaja-alaisemmiksi tuen ja hoidon kehittäjiksi, rahoittajiksi, ehkäisevän työn tekijöiksi ja pelihaittatietouden edistäjiksi. Kohteeksi nähtiin tulevaisuudessa laajasti eri pelejä pelaavat ja erilaiset ihmiset sekä alueellisesti että valtakunnallisesti.

## Yhteenveto ruohonjuuritason tuloksista

Tietoa ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen toimivuudesta kerättiin myös eri palveluntuottajilta, joiden arveltiin ruohonjuuritasolla käytännön työssään kohtaavan ongelmapelaajia. Kysely oli pitkälti samankaltainen kuin asiantuntijoille tehty, mutta erosi osin sanamuodoiltaan ja kokonaan muutamien kysymysten osalta asiantuntijoille tehdystä kyselystä. Kyselyyn vastasi 40 henkilöä Helsingistä, Espoosta, Vantaalta, Hämeenlinnasta ja Jyväskylästä. He työskentelivät muun muassa johtavina sosiaalityöntekijöinä, A-klinikoiden esimiehinä, johtavina lääkäreinä sekä työntekijöinä nuorisoasemilla, mielenterveystoimistossa, kodinhoidossa, psykiatrian klinikoilla ja kriisikeskuksissa.

Ongelmapelaajia kohdataan kaikissa hyvin erilaisissa toimipisteissä. Tyypillisesti eri toimipisteissä kohdataan nollasta neljään vaikeasti peliongelmaista kuukaudessa. Esimerkiksi niissä Jyväskylän ja Vantaan aikuissosiaalityön yksiköissä, joista vastattiin kyselyyn, kohdattiin kuukausittain noin neljä vaikeasti peliongelmaista. Suurin piirtein saman verran ongelmapelaajia kohdattiin kuukausittain esimerkiksi Espoon talous- ja velkaneuvonnassa sekä sosiaalisessa luototuksessa. Vantaan, Espoon ja Hämeenlinnan A-klinikoiden vastanneet työntekijät kohtasivat ongelmapelaajia hieman harvemmin, noin yhdestä kolmeen asiakasta kuukaudessa. Helsingistä vastanneiden Sosiaaliasemien ja A-klinikoiden työntekijät kohtasivat keskimäärin kaksi vaikeasti peliongelmaista kuukaudessa.

Ruohonjuuritason kyselyyn vastanneiden mukaan asiakkaiden peliongelmaa pyritään selvittämään tyypillisesti muiden ongelmien ja kokonaistilanteen yhteydessä tai jos asiakas itse tuo peliongelman esille. A-klinikoillakin asiakas itse määrittelee ongelmansa, ja jos hän ei tuo esille peliongelmaa, siitä ei kysytä. Talous- ja velkaneuvonnassa sekä Sosiaalisessa luototuksessa asiaa pyritään selvittämään, jos vähänkin epäillään tai tulee ilmi pelivelkoja.

Eri toimipisteissä ja kaupungeissa kohdattavat ongelmapelaajat ovat usein nuorehkoja miehiä. Tyypillinen ongelma on iästä ja sukupuolesta riippumatta peliautomaatit. Monella on päihdeongelmia. Nuorten palveluihin keskittyneissä toi-

mipisteissä ongelmina esiintyvät netti- ja tietokonepelit. Monella ongelmapelaajalla on palveluihin tullessaan jo isoja ongelmia monilla elämänalueilla. Heillä on ihmissuhdeongelmia, psyko-sosiaalisia ongelmia ja taloudellisia ongelmia. Suurin pelivelka oli kymmeniä tuhansia euroja.

Ruohonjuuritason vastaajien mukaan ainoastaan A-klinikoilla ja Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiössä on järjestetty palveluja ongelmapelaajille. Muut tahot antavat ongelmapelaajille samanlaista tukea ja palvelua kuin kukin toimipiste muutoinkin tarjoaa kaikille asiakkaille ja ohjaavat ongelmapelaajat eteenpäin muualle.

Jyväskylän ruohonjuuritason vastaajia lukuun ottamatta vastaajat eivät osaa yksiselitteisesti nimetä, mikä taho arvioi ongelmapelaaja-asiakasta koskevan tuen ja hoidon tarpeen. Vantaata ja Jyväskylää lukuun ottamatta eri kaupungeissa on vaikeuksia myös nimetä tahoa, joka päättää maksusitoumusten myöntämisestä. Vantaalla maksusitoumusten myöntämisestä päättää SAS-ryhmä (SAS = selvitä, arvioi, sijoita). Eri kaupunkien ruohonjuuritason vastaajat tietävät suhteellisen hyvin, mihin ongelmapelaaja-asiakkaita voisi ohjata eteenpäin: Jyväskylässä Päihdesäätiön palveluihin ja muualla A-klinikoille. Epätietoisuuttakin asiasta oli, erityisesti Hämeenlinnan ruohonjuuritason vastaajien joukossa. Asiakkaan hoidon ja tuen tarvetta arvioidaan moniammatillisissa tiimissä silloin, jos vastanneessa toimipisteessä on muutoinkin toiminnassa tällainen tiimi. Tiimityöskentely ei liity erityisesti juuri ongelmapelaajiin.

Ruohonjuuritason vastaajien mukaan eri toimipisteisiin soveltuvat tyypillisesti kaikki ne ongelmapelaaja-asiakasryhmät, jotka muutenkin soveltuvat kunkin toimipisteen palveluihin. Soveltuvuutta määrittävä tekijä ei ole ongelmapelaaja-asiakasryhmä, vaan toimipisteen kulloinenkin kohderyhmä, joka voi määrittäjä esimerkiksi iän mukaan. Talous- ja velkaneuvonnassa ja Sosiaalisessa luototuksessa ongelmapelaajien katsottiin soveltuvan palveluihin vasta sitten kun peliongelma on hallinnassa. Eri kaupunkien A-klinikoilla oli eroja asiakkaiden soveltuvuudessa toimipisteiden palveluihin, esimerkiksi Vantaan A-klinikalle soveltuvat vain ne ongelmapelaajat, joilla on päihdeongelma, muille A-klinikoille otetaan kaikki ongelmapelaaja-asiakasryhmät. Mielenterveysongelmaisten osalta peliongelmaa pidetään toissijaisena ongelmana.

Ruohonjuuritason vastaajien mukaan ei missään kaupungissa eikä missään toimipisteessä A-klinikoita ja yhtä Nuorisoasemaa lukuun ottamatta oteta erikseen huomioon ongelmapelaajien läheisiä, vaan heidät otetaan huomioon samalla tavalla kuin muidenkin toimipisteessä palveltavien asiakasryhmien läheiset tai ei lainkaan. Vantaan, Helsingin, Espoon ja Hämeenlinnan A-klinikoilta kerrottiin, että tarvittaessa myös läheisille on palveluja tarjolla, joko yksin tai ongelmapelaajan kanssa yhdessä.

Yhteistyö ongelmapelaajien parissa työtä tekevien eri tahojen välillä vaihteli kaupungeittain ja kaupunkien sisällä. Jyväskylässä yhteistyö toimii kaikkien vastaajatahojen mukaan ”hyvin”. Vantaalla yhteistyö sujuu ”vaihtelevasti”, osalla Es-



poosta ja Hämeenlinnasta kyselyyn vastanneista ei ollut kokemusta yhteistyöstä. Helsingissä yhteistyössä oli kyse lähinnä asiakaskohtaisesta yhteistyöstä, palveluihin ohjaamisesta ja pari kertaa vuodessa tapahtuvista palaverista.

Jyväskylässä ongelmallisesti pelaavien alueellisten palvelujen organisointi toimi hyvin Päihdepalvelusäätiön vuoksi; kaikki Jyväskylän ruohonjuuritason vastaajat kertoivat palvelujen olevan keskitetysti tarjolla Päihdepalvelusäätiössä ja toimivan hyvin. Vantaan ruohonjuuritason vastaajien mielestä Vantaan alueellisissa palveluissa on paljon ”kehittämisen varaa”, ongelmana Vantaalla on palvelujen ruuhkautuminen. Espoossa kyselyyn vastanneet ruohonjuuritason työntekijät kokevat palvelut ”riittämättömiksi” ja heillä ”ei ole mitään käsitystä” palvelujen alueellisesta organisoinnista Espoon alueella. Espoosta puuttuvat vastaajien mukaan myös yhteiset toimintamallit. Myös Hämeenlinnassa on ”hyvin vähän tietoa” ongelmapelaajien palvelujen organisoinnista. Vastanneilla Helsingin sosiaaliasemilla käsitys palvelujen alueellisesta organisoinnista ja toimivuudesta rajoittui tietoon A-klinikan palveluista. Kaikki eri kaupunkien ruohonjuuritason työntekijät ovat lähes täysin tietämättömiä palveluiden organisoinnista ja toimivuudesta valtakunnallisesti. Aiheesta kaivattiin lisää tietoa.

Aivan kuten asiantuntijakyselyssäkin, lähes kaikki ruohonjuuritason kyselyyn vastanneet näkivät erikoistuneet palvelut tarpeellisiksi. Perusteluna oli usein se, että peliongelma on piilevä ja kasvava. Erityisesti toivottiin avohoitoa ja vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä.

Kunnallisten peruspalvelujen asema ongelmapelaajien palvelujen järjestämisessä on kaikkien ruohonjuuritason vastaajien mukaan hyvin marginaalinen. Samaa mieltä olivat asiantuntijakyselyyn vastanneet. Ruohonjuuritason *vastauksia yhdistää korostuneesti se näkemys, että ongelmapelaajien kunnalliset palvelut ovat puutteellisia*. Osa vastaajista toivoi tiedottamisen lisäämistä peruspalveluihin.

Eri kaupunkien ruohonjuuritason vastaajat näkivät päihdehuollon ja mielen-terveyspalveluiden heikkoudetkin pitkälti samoiksi kuin asiantuntijakyselyyn vastanneet: leimaavuus, ongelmapelaajien korkea kynnys mennä päihde- ja mielen-terveysongelmallisille suunnattujen palvelujen piiriin sekä resurssien ja tiedon puute.

Kehittämistarpeina ongelmapelaajien tai heidän läheistensä tuki- ja hoitopalveluissa sekä pelihaittoihin liittyvässä osaamisessa mainittiin monia asioita, joista eri kaupunkien ruohonjuuritason vastaajille yhteistä oli tiedon ja koulutuksen lisääminen. Muita keskeisiä asioita oli ongelman tunnistettavuuden ja puheeksi oton lisääminen, läheisten parempi huomioon ottaminen sekä tiedon lisääminen hoitomahdollisuuksista ja hoitoon ohjauksesta.



## V JOHTOPÄÄTÖKSET

### 8 Keskeiset ongelmapelaajien palvelujen kehittämistarpeet ja -ehdotukset

Tässä luvussa esitetään ensin kootusti arvioinnissa esiin tulleet keskeiset ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujen kehittämistarpeet ja sen jälkeen kehittämis ehdotukset perusteluineen.

#### Kehittämistarpeet

Ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalvelujärjestelmä on sekä alueellisesti että valtakunnallisesti liian hajanainen vastaamaan kohderyhmän avun tarpeeseen. Palvelujen tarjoajia on vähän ja palvelut ovat jakautuneet alueellisesti epätasaisesti. Palveluiden alueellinen kattavuus on heikko.

Palvelujen organisointi ja toimivuus on hyvin kirjavaa ja vaihtelee kunnittain. Nykyinen hoitojärjestelmä on myös haavoittuvainen, koska useilla paikkakunnilla ongelmapelaajien hoito ja toteutus on riippuu liiaksi yhden työntekijän resursseista. Palvelujen järjestäminen on vuosien varrella organisoitunut yksittäisten henkilöiden kiinnostuksen pohjalle, mikä on sattumanvaraista.

Suomessa ei ole riittävästi koko maan kattavaa erikoistunutta osaamista ongelmapelaajien hoidosta. Ongelmapelaajat jäävät siten helposti ilman palveluja ja tukea, kunkin erikoisalan ammattilaisten keskittyessä omaan perustehtäväänsä, kuten päihdeongelmaan tai mielenterveysongelmaan. Palvelut ovat eriytyneet niin, että ongelmapelaajaa ei useinkaan kohdata kokonaisuutena, vaan hän saa apua sieltä täältä.

Ongelmapelaajien palvelujärjestelmässä on enemmän isoja aukkoja kuin päällekkäisyyttä. Arvioinnissa ei juuri tullut esille palvelujen päällekkäisyyttä, mutta suuri ongelma oli palvelujen puute. Osa ruohonjuuritason kyselyyn vastanneista työntekijöistä oli epätietoisia siitä, minne ongelmapelaajia tulisi ohjata ja kuka heitä auttaa. Jos hoitojärjestelmän perustasolla ei tiedetä, minne ongelmapelaajia tulisi ohjata, voidaan olettaa, etteivät myöskään ongelmapelaajat aina tiedä, mistä voi saada apua.

Kun alueille on muodostunut erilaisia käytäntöjä ja organisointitapoja, eivät ongelmapelaajat ole kaikkialla maassa tasa-arvoisessa asemassa. Erilaisen palveluvalikoiman ja sisällöltään erilaisten palvelujen syntymistä on edesauttanut yhteisen asiantuntijaverkoston ja yhteisten linjausten puuttuminen.

Ongelmapelaajat ovat laitoshoidossa päihdeongelmaisten joukossa toissijaisessa asemassa. Suomessa on kaksi päihdehoitolaitosta, jotka ovat erikoistuneet myös ongelmapelaajien hoitoon. Hoitolaitosten määrä on riittävä, mutta niiden ongelmana on se, että ongelmapelaajat muodostavat vain pienen osuuden näiden laitosten asiakasmäärästä. Ongelmapelaajat joutuvat samoihin ryhmiin päihdeongelmaisten kanssa ja siksi heidän erityistarpeensa voivat jäädä vajavaisesti käsitellyiksi. Haastatellut asiantuntijat näkivät toki peli- ja päihdeongelmaisten yhteisissä ryhmäkokoonumisissa myönteisiä puoliakin.

Arvioinnin tulosten mukaan ongelmapelaajien läheisiä ei ole juuri mitenkään ajateltu palveluissa tai heille on palveluja vain vähän. Läheiset tukevat pelaajaa, mutta heidän omiin tarpeisiinsa ja tukemiseensa ei ole tarpeeksi kiinnitetty huomiota. Palvelun tuottajille tehdyn kyselyn mukaan vain A-klinikat mainittiin paikoina, joissa oli erikseen otettu läheiset huomioon ja he olivat tervetulleita A-klinikalle joko yksin tai ongelmapelaajan kanssa.

Monien erityisryhmien, kuten mielenterveysongelmaisten, kehitysvammaisten ja nuorten ongelmapelaajien hoito ei ole kunnossa. Eri asiantuntijoiden haastatteluissa tuli esille hoitojärjestelmän aukkoja näiden ryhmien osalta. Esimerkiksi mielenterveysongelmaisia ei aina oteta hoitoon, koska koetaan, että heidän kanssaan ei pääse työskentelyssä eteenpäin. Osalla kehitysvammaisista on myös peliongelmia, mutta he tuntuvat jäävän lähes näkymättömiin palvelujärjestelmässä.

## Kehittämisehdotukset

1. *Palvelujärjestelmä tulee järjestää selkeäksi koordinoituksi kokonaisuudeksi.* Koordinoituun kokonaisuuteen kuuluvat perus- ja erikoispalvelut kaikessa laajuudessaan, ja niihin sisältyvät muun muassa velkaneuvonta ja perheiden tuki. Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallista ohjeistusta tai velvoitetta kaivataan, jotta kuntatasolla lähtisi liikkeelle sekä keskustelu että toimenpiteet ongelmapelaajien palvelujen järjestämisestä ja tiedon lisäämisestä tilanteessa, jossa vallitsevat resurssit ovat niukat. Toiminnalliset riippuvuudet kuten peli- ja nettiriippuvuudet tulisi ottaa huomioon selvitettyä (ks. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, luonnos 24.10.2008) mielenterveys- ja päihdehuoltolain yhdistämisen mahdollisuuksia lakisääteisen ohjausvaikutuksen mahdollistamiseksi.<sup>36</sup> Palvelujärjestelmän kehittämisessä tulee ottaa huomioon kaikki peliongelmaisten eri ikäluokat.

<sup>36</sup> Kuten mielenterveys- päihdesuunnitelman luonnoksessa (24.10.2008, 12) todetaan: ”Uutta ja vielä kehitysvaiheessa ja paikkaansa etsivää tehtäväkenttää ovat toiminnalliset riippuvuudet, joista erityisesti netti- ja peliriippuvuuteen liittyviin ongelmiin on lähdetty viime vuosina kehittämään tuki- ja hoitomuotoja erityisesti päihdehuollon erityispalveluiden piirissä”.

2. *Meneillään olevat kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS-hanke) sekä kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma (Mieli 2009) tarjoavat hyvän mahdollisuuden kehittää ongelmapelaajien palveluja.* Kunnat laativat parhailaan suunnitelmia palvelurakenteensa uudistamiseksi nykyistä asukas pohjaa laajemmalla alueella (seutukunnissa, kuntayhtymissä, alueissa). Näitä koskevan puitelain 5 ja 6 §:n mukaisesti palvelujen sijainti palvelujärjestelmässä voi vaihdella. Ongelmapelaajien palvelut voivat olla erillään päihdepalveluista, yhdessä esimerkiksi mielenterveyspalvelujen kanssa tai jopa osana suurempaa kokonaisuutta. Tällaisen palvelurakenteen vallitessa ei ole oleellista, sijaitsevatko ongelmapelaajien palvelut päihde- vai mielenterveyspalveluissa, vaan tärkeämpää on, että palveluita ja asiantuntemusta ongelmapelaajien hoitoon ylipäätään löytyy tästä palvelujen kokonaisuudesta. (ks. Ehkäisy ja hoito...2007.)<sup>37</sup> Oleellista on, että ongelmapelaajien palvelut ovat keskenään verkottuneita ja koordinoitussa kokonaisuudessa. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009, 20) mukaisesti ongelmallisesti pelaavat ja heidän läheisensä on hyvä ottaa mukaan suunnittelemaan tuki- ja hoitopalveluja sekä mahdollisesti toteuttamaan ja arvioimaan niitä.

PARAS-hankkeen puitteissa on mahdollista, että alueilla A-klinikat tai joku muu taho voi toteuttaa ongelmapelaajien palvelut.<sup>38</sup> Tämän arvioinnin pohjalta nousee esiin A-klinikoiden vahvuus palvelujen tarjoajana. Tätä käsitellessä seuraavassa kehittämisehdotuksessa.

3. *Kehittämistyössä olisi joustavinta ja taloudellisinta käyttää hyväksi jo olemassa olevia palvelumuotoja ongelmapelaajien kuntatason palvelupisteiden luomiseksi.* A-klinikoilla on jo riippuvuusalan osaamista ja kattava valtakunnallinen verkosto. Niissä asioi entuudestaan ongelmapelaajia ja toimii vertaisryhmiä. Nämä ja monet muut edut puoltavat ongelmapelaajien palvelujen integroimista päihdepalveluihin. Ongelmapelaajien hoitoa A-klinikoilla puoltaa myös se, että monella ongelmapelaajalla on jo nyt todettu päihdeongelma (ks. Huotari 2007). Ongelmapelaajien palvelut A-klinikoiden yhteydessä voidaan toteuttaa niin, että niihin perustetaan oma erikoistumisalue ongelmapelaajille. Käytännössä tämä tarkoittaisi, että jokaisella A-klinikalla olisi väestöpohjasta ja tarpeesta riippuen vähintään yksi peliongelmaan ja -ongelmaisiin perehtynyt henkilö. Ei ole realistista esittää perustettavaksi uusia toimipisteitä tai erillisjärjestelmää ongelmapelaajille, vaan palvelut on nivottava yhteisesti järjestettyjen (päihde-/riippuvuus) palvelujen osaksi.

<sup>37</sup> Suomessa palvelujen järjestämisvastuu on aina kunnilla ja kuntien tulee vastata siitä, että tarjolla on riittävän monipuoliset ja tarpeen mukaiset palvelut (ks. Ehkäisy ja hoito...2007). Puitelain 5§ mukaan perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvän sosiaalitoimen tehtävät on järjestettävä kaikissa kunnissa vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla niin sanottuina lähipalveluina. Tämä tehdään ”keskitetysti suunnitellen, lähipalvelujen työntekijöiden kouluttamisella ja konsultaatiolla” (ks. Ehkäisy ja hoito...2007, 22). Tulevaisuuden palvelurakenteessa palvelujen järjestäminen tullee siten olemaan entistä asiakaslähtöisempää. Tavoitteena on myös se, että palveluja saa aiempaa sujuvammin yhden palvelupisteen periaatteella.

<sup>38</sup> Tällä hetkellä esimerkiksi Kuopiossa heille tarjoaa tukea Kuopion Seudun Mielenterveysseuran Hyvä Mieli ry./Kuopion kriisikeskus.

4. Edelliseen organisointia koskevaan ehdotukseen liittyen *A-klinikoiden työtä olisi tarpeen kehittää monimuotoisempaan riippuvuusklinikan suuntaan*. Ongelmapelaajien hoito ei ole sijoittunut A-klinikoille aivan ongelmitta, sillä osa ongelmapelaajista kokee arvioinnin mukaan päihdepalveluihin hakeutumisen kynnyksen korkeaksi. Monet haastatellut asiantuntijat ja työntekijät kokivat päihdepalvelut liian leimaaviksi ongelmapelaajille. A-klinikat todettiin myös ylikuormitetuiksi eivätkä kaikki työntekijät ole perehtyneet peliongelmiin. A-klinikoilla on kuitenkin nykyisellään vahva riippuvuusasiantuntemus ja osaaminen, jota voitaisiin laajentaa entisestään. Tällaista osaamisalueen laajentamista puoltaa erilaisten riippuvuuksien lisääntyminen ja päihteiden sekakäytön yleistyminen. Imagonmuutosta voisi miettiä jopa A-klinikka nimeä myöten. Ellei A-klinikoilla haluta profiloida uudelleen koko toimintaa riippuvuusklinikan suuntaan, tulisi A-klinikoiden ongelmapelaajien palveluille ainakin luoda selkeä profiili ja imago päihdeongelmista erillisenä palveluna.

Myös laitoshoidoa tarjoavien tahojen olisi hyvä miettiä, miten ne voisivat selkeämmin profiloitua myös ongelmapelaajia hoitaviksi yksiköiksi esimerkiksi nettisivuillaan niin, että sieltä saisi tarkempaa tietoa juuri ongelmapelaajien hoitamisesta. Mallia voisi ottaa vaikka Peluurin onnistuneilta nettisivuilta (ks. <http://www.peluuri.fi/etusivu/>).

5. *Koska jokaisella paikkakunnalla ei ole A-klinikkaa, voisi hyvä täydentävä toimintatapa olla A-klinikalta seutukuntaan jalkautunut kiertävä terapeutti, joka tarvittaessa ottaisi vastaan ongelmapelaajia esimerkiksi pienten kuntien sosiaalitoimistoissa*. Tällä terapeutilla voisi olla lisäksi kunnan peruspalveluja konsultoiva tehtävä, silloin kun kunnassa tarvitaan ongelmapelaajien hoidon ja tuen erityisasiantuntemusta. Myös mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009, 28) ehdotetaan kuntia tehostamaan perus- ja avopalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatio-palveluja.
6. *Kaikkien kuntien peruspalvelutasolle pitäisi viedä tietämystä ja osaamista sekä ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluista että pelihaittojen ennaltaehkäisystä*. Riittävien hoito- ja tukipalvelujen järjestäminen on Suomessa kuntien vastuulla.<sup>39</sup> Peruspalvelujen tulisi havahtua omaan tehtäväänsä peliongelman tunnistamisessa ja hoitoonohjauksessa.<sup>40</sup> Peruspalveluissa on oltava myös lie-

<sup>39</sup> Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009, 27) mukaan kuntien tulee ottaa nykyistä paljon selvempi vastuu palvelujen järjestämisestä, johtamisesta ja koordinoinnista: ”palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevan kunnan tulee koordinoida nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi”.

<sup>40</sup> Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009, 19) ehdotetaan matalakynnyksistä yhden oven periaatetta, jonka mukaan esimerkiksi terveyskeskuksessa tulee ”olla hoitajan tai sosiaalityöntekijän matalan kynnyksen periaatteella toimiva vastaanotto, jossa arvioidaan hoidon tarve yhdessä asiakkaan ja mahdollisesti hänen läheistensä tai laillisen edustajan kanssa. Arvioin ja alustavan suunnitelman perusteella asiakas ohjataan hänen tarpeitaan vastaaviin palveluihin, joihin hänen tulee päästä joustavasti”.

vempien peliongelmiin kohtaamiseen riittävää osaamista.<sup>41</sup> Kuntien peruspalvelut ovat usein ensimmäinen hoitoon hakeutumisyhteydenä. Peruspalveluissa ei kuitenkaan ole riittävää taitotietoa peliongelman tunnistamiseksi, puheeksi ottamiseksi, lievempien ongelmajärjestelmien auttamiseksi ja hoitoon ohjaamiseksi. Ei kuitenkaan ole realistista, että esimerkiksi perusterveydenhuolto ottaisi ongelmajärjestelijät hoitaakseen. Riittävä ei myöskään ole ajatus, että erityis- ja peruspalvelut olisivat yksin vastuussa ongelmajärjestelijöiden hoitopalveluista. Kohtalaisten tai lievien peliongelmiin hoitoa tulee kehittää peruspalveluissa yhteistyössä peliongelmiin erikoistuneiden yksiköiden kanssa.

7. *Myös mielenterveystoimistoissa pitäisi olla valmius ottaa peliongelma puheeksi, lisätä siihen liittyvää taitotietoa ja ohjata ongelmajärjestelijä tarvittaessa erityis- ja peruspalvelujen piiriin.* Tätä puoltaa muun muassa se, että monella ongelmajärjestelijällä on mielenterveysongelmia (esimerkiksi Huotari 2007) ja he hakeutuvat mielenterveyspalveluiden piiriin. On myös huomioitava, että Suomessa käytettävän tautiluokituksen ICD-10 (F63.0) mukaisesti pelihimossa on kyse mielenterveyden häiriöstä. Tähän löytyy lakiperuste myös mielenterveyslaista. Arvioinnin perusteella näyttää siltä, että hoitovastuuta ei kuitenkaan kokonaisuudessaan ole tarkoituksenmukaista antaa mielenterveystoimistoille ja ettei niiden piirissä olisi tähän halukkuutta.<sup>42</sup> Mielenterveyspalveluista ei ole kuitenkaan tarkoituksenmukaista ohjata asiakkaita pois, vaan pikemmin kehittää sellaisia työtapoja, että peliongelmiin liittyvä osaaminen jalkautuu myös mielenterveystoimistoihin.
8. *Pelaajien taloudenhallinta ja velka-asioiden järjesteleminen on otettava huomioon yhtenä osana ongelmajärjestelijöiden kaikkia muita ongelmia.* Ylivelkaantumisen vaikutukset ovat laajat ja ne voivat ulottua pitkälle senkin jälkeen kun pelaaja lopettaa pelaamisen. Velkaantuminen voi vaarantaa myös perheen ja läheisten taloudellisen selviytymisen, jos he ovat tukeneet tai tukevat pelaajaa taloudellisesti. Ei riitä, että talous- ja velkaneuvonta ja Takuu-Säätiö auttavat tunnistamaan ongelmajärjestelijän ja ratkaisemaan velkaongelman, jos ongelmajärjestelijän muu hoito ei ole tarpeeksi vahvaa. Talous- ja velkaneuvonnan ja Takuu-Säätiön on edelleen hyvä auttaa järjestelemään ja ratkaisemaan niiden velkaongelmaa, joilla peliongelma on hallinnassa, hyvässä hoitovaiheessa tai ohi. Talous- ja velkaneuvonnalla ja Takuu-Säätiöllä on kuitenkin oltava selvästi suunniteltu taho, kuten A-klinikan avohoito, jonne he voivat ohja-

41 Stakesin (2008) tuottaman *Pelin merkit* -tutkimuksen mukaan peruspalveluiden tarjoama apu ja tuki voi riittää, erityisesti jos 1) kyse on riskipelaamisesta tai *kohtalaisesta* ongelmajärjestelystä, 2) asiakkaan tai potilaan yksittäiset fyysiset, psyykkiset tai sosiaaliset haitat eivät ole erityisen vakavia, 3) pelaaminen ei ole edennyt pelihimon/peliriippuvuuden kriteerit (ks. ICD-10 ja DSM-IV) täyttävälle tasolle, 4) asiakas tai potilas ei ole halukas hakeutumaan erityis- ja peruspalvelujen piiriin ja 5) pelaajan lähipiirille ei aiheudu pelaamisesta vakavia psyykkisiä, fyysisiä ja/tai sosiaalisia haittoja. (Pelin merkit 2008.)

42 Nikkinen (2008) on tarkastellut mielenterveyden häiriöiden määrittelyä ja peliriippuvuuden hoitoon liittyviä ongelmia mielenterveyspalveluissa. Nikkinen (2008, 45) muun muassa toteaa, että ”mielenterveysongelmien jatkuva lisääntyminen ja mielenterveyden häiriöiden luokitusten jatkuva muutoksenalaisuus asettavat peliriippuvuuden hoidon mielenterveyspalveluina vähintäänkin kyseenalaiseksi.”

ta ongelmapelaajan saamaan kokonaisvaltaista apua peliongelmiin.<sup>43</sup> Talous- ja velkaneuvonta ja Takuu-Säätiö eivät tarjoa varsinaista ”hoitoa”, mutta niiden asiantuntemusta talous- ja velkaongelmissa on hyvä hyödyntää. Ne voivat kouluttaa ja konsultoida eri hoito-organisaatioiden ammattilaisia tunnustamaan ja ottamaan puheeksi talous- ja velkavaikeuksia ja ohjaamaan näiden ratkaisemiseen.

9. *Läheisten, vertaisten ja monien erityisryhmien palvelutarpeeseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota.* Arvioinnissa tuli esiin erityisesti läheisten tuki, joka ei näyttäisi olevan riittävää. Erityistä tukea tarvitsevia ongelmapelaajien ryhmiä ovat esimerkiksi mielenterveysongelmaiset ja kehitysvammaiset, jotka näyttäivät helposti putoavan ongelmapelaajille tarkoitetuista palveluista tai he eivät edes pääse niihin sisälle. Kyselyssä korostui myös vertaisryhmien tarve. Rahapeliongelmaisille olisi hyvä olla tarjolla laajasti myös selkeästi strukturoituja, ammatillisesti ohjattuja ja toteutettuja vertaistukiryhmiä.
10. *Pääkaupunkiseudulle olisi hyvä perustaa erityinen avopalveluyksikkö, joka toimisi osaamiskeskuksena ja jossa pystyttäisiin yhdistämään muun riippuvuushoidon osaamista.* Tämä avopalveluyksikkö palvelisi ensisijaisesti peliongelmaisia, mutta avopalveluyksikössä otettaisiin huomioon myös peli-, päihde- ja mielenterveysongelmien yhteydet. Tällaisen yksikön tarve tuli vahvasti esille arvioinnissa. Sitä puoltaa muun muassa se, että pääkaupunkiseudulla on lukumääräisestikin paljon ongelmapelaajia ja palvelujen tarvetta. Avopalveluyksikkö voisi toimia paitsi alueellisena hoitopaikkana, myös osaamista kartuttavana, kouluttavana ja konsultoivana yksikkönä valtakunnallisesti. Se toimisi myös asiantuntijatukena muualla maassa sijaitseville A-klinikoille ja muille tuki- ja hoitopalveluja tarjoaville tahoille. Laajemmin yksikkö voisi toimia kehittämis-, arviointi- ja tutkimuskeskuksena. Tämä avopalveluyksikkö olisi palvelurakenneuudistusta koskevan puitelain 6§ tarkoittaman valtakunnallisen laajan väestöpohjan erityisvastuualueen mukainen.
11. *Tärkeä olisi miettiä myös ongelmapelaajien laitoshoidon koordinoimista mahdollisuuksien mukaan niin, että heitä olisi kerralla useita yhtä aikaa laitoshoidossa.* Näin ongelmapelaajat voisivat olla samoissa ryhmäkokoontumisissa ja hyötyä myös vertaistuesta. Laitoshoidossa suhteellisen pieni ongelmapelaajien joukko ei saisi jäädä päihdeongelmaisten varjoon. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan yksi tai kaksi päihdepalvelujen ohessa jo olevaa hoitolaitosta riittää, sillä näillä laitoksilla olisi jo nyt kapasiteettia ottaa enemmänkin ongel-

43 Tuoreessa tutkimuksessaan esimerkiksi Lähteenmaa ja Strand (2008) korostavat velkaongelmien huomioon ottamisen tärkeyttä tuki- ja hoitopalveluissa. Tutkijoiden mukaan rahapelaajien velkaantumisoongelmaa ei oteta juuri mitenkään huomioon rahapelaajien hoidossa Suomessa. Suosituksena ei voida sanoa, että ”velkaantumisoongelma pitäisi huomioida entistä paremmin hoidossa”. Pitää pikemminkin sanoa: ”se pitäisi huomioida edes jotenkin”. (Lähteenmaa & Strand 2008.)

mapelaajia hoidettavaksi. Näissä hoitolaitoksissa on myös valmiit palvelurakenteet ja osaamista kaikkein vaikeimpien ongelmapelaajien hoidossa.<sup>44</sup>

12. *Lyhyitä ja toimiviksi osoittautuneita avohoitopalveluja kannattaa levittää laajalle koko maahan.* Arvioinnissa tuli esille, että jo muutamat yksilötapaamiskerrat voivat auttaa saamaan peliongelman hallintaan. Monia ongelmapelaajia auttoivat viikoittaiset suhteellisen lyhyet 8–12 kerran ryhmätapaamiset, jotka ovat myös taloudellisesti edullisempia kuin pitkät, esimerkiksi vuoden mittaiset hoitajaksot (ks. Huotari 2007). Näihin yksilö- ja ryhmätapaamisiin oli monissa toimipaikoissa (ks. luku 4) luotu selkeä ja toimiva rakenne, joka on nyt kirjoitettu auki tähän arviointiin. Kun tällaiset mallit (esimerkiksi Turun Nuorisosaema, Kuopion kriisipiste, Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö) ovat osoittautuneet onnistuneiksi, niissä kertynyttä tietoa kannattaa jakaa ja levittää eteenpäin osaksi hyviä käytäntöjä.
13. *Pitää tukea verkkopohjaisia sekä matalan kynnyksen mallin mukaisia ongelmapelaajien tuki- ja hoitopalveluja, kuten Peluurin Peli poikki -ohjelmaa.* Peli poikki -ohjelma näyttää toimivan hyvin valtakunnallisena hoidon ja tuen tarjoajana ongelmapelaajille. Se on saavuttanut hyvän suosion. Jo nyt on selvää, että sen tavoitteet asiakasmäärän suhteen tullaan ylittämään, ja rajoitteena näyttää olevan ainoastaan hoidon resurssit. Näyttää myös siltä, että hakeutumiskynnys on alhaisempi hoitoon internetissä kuin muutoin. Osaselityksiä tähän voivat olla joustavuus esimerkiksi aikojen ja työtapojen suhteen, osittainen anonymiteetti ja päihdeleiman puuttuminen. Peli poikki -ohjelman käytössä oleva Itseapuopas pakottaa myös asiakkaan aktiivisempaan ja vastuullisempaan otteeseen oman elämänsä arvioinnin ja muutosten suhteen kuin tavanomainen terapia. (ks. Jaakkola & Alihanka 2008.) Peli poikki -ohjelma on hyvä saada yhdeksi hyväksi käytännöksi.
14. *Palvelujen tuottajien olisi tärkeää miettiä myös yhteistä vaikuttavuuden arviointikriteeristöä, jotta palveluja olisi helpompi vertailla ja palvelujen rahoittajien olisi helpompi seurata rahoittamiensa palvelujen vaikuttavuutta.*<sup>45</sup> Tällä hetkellä eri hoitotahojen dokumentointi- ja tilastointijärjestelmä ei kerrytä sellaista tietoa, joka auttaisi arvioimaan hoitojen vaikuttavuutta. Rapeli-yhteisöä lukuun ottamatta muut tässä arvioinnissa tarkasteltavana olleet hoitotahot eivät olleet esimerkiksi seuranneet hoidossa olleita tai hoidon vaikutuksia pelaajiin. Joten annetun tuen ja hoidon vaikuttavuutta on vaikea arvioida. Yksikökohtainen dokumentointi on tärkeää, mutta vaikuttavuuden arviointiin tarvittaisiin tilastointia ja seurantaa.

44 Toinen vaihtoehto olisi perustaa yksi valtakunnallinen, vain peliongelmiin keskittynyt laitoshoidoyksikkö. Tämä olisi kalliimpaa, mutta samalla yksikköön kehittyisi osaamista ja konsultaatioresursseja samaan tapaan kuin edellä esitettyyn avopalveluyksikköön. Yksikkö voisi toimia erityisesti peliongelmaisten koulutusyksikkönä sekä hoitotutkimuksen ja hoitokokeilujen kehittämyksikkönä.

45 Tämä tekisi mahdolliseksi arvioida myös joissakin selvityksissä ja tutkimuksissa (Holmes 2002; Nikkisen 2008 mukaan) kritisoidun ja Suomessa tyypillisesti käytetyn kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta.



15. *Oleellista on, että hoitojärjestelmää kehitetään ja pelaamisesta aiheutuvia haittoja vähennetään, vaikka sataprosenttista näyttöä kunkin hoidon vaikuttavuudesta ei olekaan.* Osa pelaajista tarvitsee pitkäjänteistä ja kokonaisvaltaista työskentelyä, jota on käytetty Rapeli-yhteisön mallissa ja käytetään edelleen Sosiaalipedagogiikan säätiössä. Juuri tämänkaltaiset kehittämishankkeet auttavat hoitojärjestelmää kehittämään ja osoittavat puutteita tai aukkoja järjestelmässä. Sekä Rapeli-yhteisön että Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutukseen oli kuitenkin vaikea saada asiakkaita. Tähän voi olla erilaisia syitä. Monet potentiaaliset asiakkaat saattavat kokea tiiviin ja syvälle ihmisten mielen maisemiin menevän kuntoutuksen liian vaativaksi. Tärkeä huomio on, ettei hoitajakson pituus näyttäisi ratkaisevalta pelaamisen lopettamiseen tai vähentämiseen. Rapeli-yhteisön hoitoon osallistuneista vain 15 % oli lopettanut pelaamisen puoli vuotta hoidon päättymisen jälkeen (ks. Ahonen 2008). Tulos on samansuuntainen kuin vuosina 2004–2006 Sosiaalipedagogiikan säätiön vuoden ajan viikoittaisiin kuntoutusryhmiin osallistuneilla pelaajilla, joista noin 20 % pystyi lopettamaan pelaamisen (Huotari 2007). Sen sijaan valtaosa sekä Rapeli-yhteisön että Sosiaalipedagogiikan säätiön kuntoutukseen osallistuneista kertoi saaneensa pelaamisen paremmin hallintaan ja elämänlaatunsa paremmaksi. Kun kyseessä on pitkät hoidot ja hyvin ongelmalliset pelaajat, on hoidoissa hyvä keskittyä vähentämään juuri näitä pelihaittoja sekä parantamaan elämänhallintaa ja -laatua.
16. *Ongelmapelaajien hoitoon, tukeen ja koulutukseen kaivataan lisäresursseja.* Resurssien sijoittaminen ja kohdentaminen ongelmapelaajien hoidon erityisosaamisen lisäämiseen on tärkeää. Asiantuntijoiden haastatteluissa tuli esille, että ongelmapelaajien hoitamatta jättäminen on kalliimpaa kuin heidän hoitamisensa. Hoitamatta jättäminen heijastuu pahimmillaan monille eri sektoreille ja kuormittaa niitä, kuten toimeentulotukea, talous- ja velkaneuvontaa, mielenterveyspalveluja, kriisipistettä ja niin edelleen.<sup>46</sup> Tällä hetkellä resurssien panostus ongelmapelaajien tukipalveluihin ei ole riittävää alueellisesti ja valtakunnallisesti. Tästä kertoo esimerkiksi Peli poikki -ohjelman palveluun jonottavien ihmisten määrä.

Yksi iso haaste on A-klinikoiden resurssien lisääminen ja työntekijöiden kouluttaminen peliongelmiin. A-klinikoille tulisi lisätä ”korvamerkittyjä” resursseja ongelmapelaajien hoitamiseksi.<sup>47</sup> Rahoitusehdotuksena on se, että osa

<sup>46</sup> Myös kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009,22) ehdotetaan hoidon ja kuntoutuksen aikaisen toimeentuloturvan muotojen kehittämistä niin, että ne edistävät asiakkaiden omaehtoista hakeutumista hoitoon, hoidossa pysymistä ja kannustavat myös kiinnittymään takaisin työelämään kuntoutumisen edetessä.

<sup>47</sup> Nikkinen (ks. 2008) on tarkastellut peliongelmaisten hoidon järjestämisen haasteita A-klinikoille. Hänen mukaansa peliongelmaisten hoito jo kuormittuneilla A-klinikoilla ei saa vaarantaa päihdeongelmaisten hoitoa. Nikkinen (2008, 40) toteaa, että ”peliongelmaisten hoidon sijoittaminen pysyvästi päihdehuoltoon ilman merkittäviä korvamerkittyjä lisäresursseja saattaa lisätä vaikeasti päihdeongelmaisten ahdinkoa”. Nikkisen (2008, 41) mukaan ”päihdepalveluverkosto on tällä hetkellä peliongelmaisten tunnistama ja he pysyvät sinne tarvittaessa aktiivisesti hakeutumaan”. Nikkinen huomauttaa myös, että peliongelmaisten hoidon siirto pois päihdepalveluista voisi aiheuttaa entistäkin enemmän täydennyskoulutustarvetta.



voittovaroista kohdennetaan ehdotettuun, A-klinikkojen tarjoamaan avohoittoon ja henkilöstön koulutukseen. Myös laitoshoidon kehittämiseen on hyvä varata resursseja niin, että niissä voidaan toteuttaa erityisesti ongelmapelaajille tarkoitettuja toimintoja – ei niin, että laitoshoidon toteutetaan päihdeongelmaisten palvelujen ensisijaisuuskriteereillä.

Koulutukseen tulisi tässä vaiheessa erityisesti sijoittaa voimavaroja kautta linjan, myös perustasolla. Usean eri toimialan osaamista tulisi vahvistaa, tukea tulisi riittää myös mielenterveyspuolelle, terveydenhuoltoon, nuorisopuolelle, talous- ja velkaneuvontaan ja niin edelleen. Voi olla, että eri alueilla löytyy jo nyt halukkuutta kouluttautua peliongelmiin asiantuntijaksi, mutta koulutusta ei ole ollut tarjolla.

Tuen antaminen ei myöskään saisi olla yksittäisten ihmisten kiinnostuksen varassa, vaan osaamisen jatkuminen pitää turvata ja tietojen siirto ja dokumentointi suunnitella etukäteen. Toisiin tehtäviin siirtyvien ja eläkkeelle jäävien tilalle pitää kouluttaa uusia osaajia. Tietoa peliongelmiin tarvittaisiin myös monella muulla eri taholla (kouluissa, tiedotusvälineissä, perheissä) ennaltaehkäisevästään näkökulmasta. Pelien haitoista ja riskien vähentämisestä pitäisi puhua ja tiedottaa enemmän ja panostaa siihen. Tämä väestön tietämyksen lisääminen on yksi iso haaste.

17. *Lainsäätäjä voi asettaa rahapelien järjestäjien (RAY, Veikkaus Oy ja Fintoto Oy) toiminnan ehdoksi pelaamisesta aiheutuvia haittoja korjaavien järjestelmien rahoitukseen osallistumisen.*<sup>48</sup> Rahapeliongelmiin lisääntyvässä ja muuttuvassa kentässä on selviä perusteita kokeilu- ja kehittämistoiminnan rahoittamiselle. Esimerkiksi A-klinikoiden kehittämistä riippuvuuslinikoiden suuntaan voitaisiin rahoittaa ja niiden henkilökuntaa kouluttaa tällä tavalla. Lainsäätäjä voi normittaa säädöksellä peliyhtiöitä siten, että mikäli peliyhtiöt aikovat olla mukana pelikentällä, niiden pitää laittaa vuosikatteesta tietty prosenttiosuus peliongelmiin hoitamiseen (kuten tupakan ja alkoholinkin osalta on säädetty). Jollei ongelmiin reagoida, yhtenä vaihtoehtona on maksaa peliongelmiin aiheutuvat kustannukset esimerkiksi toimeentulotuen ja hoitomenojen kautta. Rahapelihaittojen ehkäisy -työryhmän ehdotusten mukaisesti (Rahapelihaittojen ehkäisy 2008) arpajaislain 52 §:ta tulisi täydentää siten, että se varmistaa tuen haittojen seurannan ja tutkimuksen lisäksi rahapelihaittojen ehkäisylle ja hoidon kehittämislle.
18. *Monista peliongelmiin liittyvistä aiheista tarvitaan lisätutkimusta.* Ongelmapelaajat niputetaan liian helposti yhteen muottiin ja samaan hoitomenetelmään soveltuviksi, vaikka he ovat hyvin heterogeeninen joukko jo iältään ja pelaamistavoiltaan. Usein ongelmapelaajat laitetaan samoihin hoitoryhmiin, vaikka kyseessä olisivat hyvin erilaiset ihmiset, kuten kolikkopelejä pelaava eläkeläisnainen tai nuori nettipelaajamies. Tätä perustellaan usein sillä, että ennen

<sup>48</sup> Suomessa esimerkiksi Nikkinen (2008) on peräänkuuluttanut rahapelimonopolin toimijoiden velvollisuutta kiinnittää huomiota rahapeleistä aiheutuvien haittojen ehkäisyyn.

pitkää he hyötyvät toistensa kokemuksista. Tätä ei ole kuitenkaan tutkimuksin selvitetty. Olisikin tärkeä tarkastella sitä, miten hoitojärjestelmä voisi parhaiten auttaa eri-ikäisiä ja erilaisia pelejä pelaavia.<sup>49</sup> Sillä voihan olla, että jotkut eivät hakeudu hoitoon tai jäävät pois ryhmistä sen vuoksi, että kokevat olevansa liian erilaisia muiden ryhmäläisten kanssa. Ongelmapelaajien palveluihin kiinnittäminen voi vaatia kehittämään uudenlaisia hoitoon ohjaavia palveluita tai etsimään uusia työtapoja. Erityisesti tarvittaisiin lisätutkimusta myös siitä, millaisia hyötyjä ja haittoja ongelmapelaajat kokevat joutuessaan laitoshoidossa samoihin ryhmiin päihdeongelmaisten kanssa.

---

49 Myös Tammi (2008) tuo esille, että tutkimustietoa tarvittaisiin muun muassa pelaamisen väestöryhmittäisistä eroista, eri pelien erilaisista sosiaalisista maailmoista ja ongelmapelaamisesta osana muuta riskikäyttäytymistä tai huono-osaisuutta. Lisäksi Suomessa on vähän tietoa esimerkiksi pelivelkaantumisesta sekä kulutuksen, haittojen ja sääntelyn suhteesta. (Tammi 2008.)

# Lähteet

- Aho, Pauliina & Turja, Tuomo (2007) Suomalaisen rahapelaaminen 2007. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö/Taloustutkimus. ([http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/82EFAC39-7AEC-4EA9-A3C4-BB57D35A07B7/0/Suomalaisen\\_rahapelaaminen\\_2007\\_tekstiraportti5046.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/82EFAC39-7AEC-4EA9-A3C4-BB57D35A07B7/0/Suomalaisen_rahapelaaminen_2007_tekstiraportti5046.pdf))
- Ahonen, Jukka (2008) Rapeli-yhteisön loppuraportti. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 60. A-klinikkasäätiö. (moniste) (<http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/rapeli.pdf>)
- Ahonen, Jukka & Halinen, Isto (2008) Yhteisöllinen avohoito rahapeliongelmaisten tukena. Mallin kehittäminen ja yhteisöhoiton vaikutukset. Stakes. Raportteja 12/2008. (<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R12-2008-VERKKO.pdf>)
- Bellringer, P. (1999) Understanding Problem Gamblers: A Practitioner's Guide to Effective Intervention. London: Free Association Books.
- Bergström, Maria & Lundgren, Rebecka (2007) Utvärdering av Internetbaserad självhjälpsbehandling i kombination med telefonstöd vid spelmani. Linköpings universitet. Institutionen för Betandedvetenskap. Psykologprogrammet.
- Bourne, Edmund J. (2000) Vapaaksi ahdistuksesta. Työkirja paniikista ja peloista kärsiville. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Blaszczynski, A ym. (1991) Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. British Journal of Addiction 86, 299–306.
- Ehkäisy ja hoito – Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus (2007) Tukiaineisto. Hyvinvoinnin edistäminen. Stakes. (<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/A23A9F80-CF02-431B-BF71-D344695E5198/0/Kunta310807.pdf>) (viitattu 28.10.2008)
- Gambling research panel (2003) Best practice in problem gambling services. GRP report No 3. Melbourne: GRP.
- Halme, Jukka & Tammi, Tuukka (2008) Kat-saus ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoitoa koskevaan vaikuttavuustutkimukseen: tutkimus on vähäistä ja tulokset epävarmoja. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 4/2008.
- Hansen, Marianne (2006) Treatment of problem & pathological gambling in the Nordic countries: Where we are now and where do we go next? Journal of Gambling Issues: Issue 18, October 2006. (<http://www.camh.net/egambling/issue18/hansen.html>)
- Heinonen, Jukka (2004) Hoitoon hakeutuminen ja hoidon saatavuus rahapeliongelmissa. A-klinikkasäätiön selvitys.
- Hellström, Kerstin & Hanell, Åsa (2003) Fobiat. Edita Prima Oy.
- Hirvonen, Riitta (2007) 43-vuotiaan henkilön peliongelman hoito. Hoitoraportti. Kognitiivisen käyttäytymisterapian ylemmän erityistason psykoterapiakoulutuksen raportti 2005–2009. Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus. (julkaisematon)<sup>1</sup>
- Hirvonen, Riitta (2006) Kuopion kriisikeskuksen poismuuttaneiden asiakkaiden tai elämäkriisiin joutuneiden tukiasumisen projekti 2002–2005. Loppuraportti. (julkaisematon)
- Holmes, Jeremy (2002) All you need is cognitive therapy? British Medical Journal 324: 288–294.
- Hotti, Saija (2000) Mummoja ja miesten juttuja. Nuorten naisten käsityksiä rahapeliin pelaamisesta. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen pro gradu -tutkielma.
- Huotari, Kari (2007) Pelaaminen hallintaan – Kuntoutus- ja koulutusohjelman ulkoisen arviointi. Sosiaalipedagogiikan säätiö. Helsinki. Dark Oy – Hansa Direct. ([http://www.sosped.fi/dmdocuments/kuntoutusarviointi\\_web.pdf](http://www.sosped.fi/dmdocuments/kuntoutusarviointi_web.pdf))
- Ilkas, Hannu & Aho, Pauliina (2006a) Nuorten rahapelaaminen. 12–17-vuotiaiden nuorten rahapelaaminen ja peliongelmat – puhelinhaastattelu. Taloustutkimus. ([http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/0DDA06D9-344C-46E5-A307-5A81842573F4/0/nuorten\\_rahapelaaminen\\_2007.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/0DDA06D9-344C-46E5-A307-5A81842573F4/0/nuorten_rahapelaaminen_2007.pdf))
- Ilkas, Hannu & Aho, Pauliina (2006b) Nuorten rahapelaaminen. Ikärajan valvonta – koeostot ja havainnointi. Taloustutkimus. (<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D25A478A-9A8D-4259->

1 Raportin pohjalta julkaistaan Hirvosen artikkeli Käyttätymisanalyysi ja -terapia -lehden numerossa 1(–2) vuonna 2009.

- [9C4B-6445173B194E/0/nuorten\\_raha-pelaaminen\\_havainnointi\\_2007.pdf](#))
- Ilkas, Hannu & Turja, Tuomo (2003) Rahapelitutkimus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Taloustutkimus Oy.
- Jaakkola, Tapio (2005) Liikaa pelissä? PELUURI – auttava puhelin peliongelmassa. Raportti kokeilujaksosta 1.9.2004–30.4.2005.
- Jaakkola, Tapio (2006a) Viihteestä riippuvuudeksi – rahapeliongelman luonne. Hyvinvointikatsaus 4/2006. Pelaamista ilosta, rahasta, himosta. Helsinki, Tilastokeskus. 26–29.
- Jaakkola, Tapio (2006b) PELUURI – auttava puhelin peliongelmissa. Vuosiraportti 2005.
- Jaakkola, Tapio (2007) Peluuri. Vuosiraportti 2006.
- Jaakkola, Tapio & Alihanka, Jukka (2008) Peli poikki -ohjelman raportti ohjelman viidestä ensimmäisestä kuukaudesta 25.9.2007–5.3.2008. (julkaisematon)
- Kinnunen, Jani (2002) Rahapelien pelaamisen sosiaaliset rajat. Joensuun yliopiston sosiologian laitoksen pro gradu -tutkielma. (<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/C4208E42-F1C1-4478-942A-7359E7AD0A30/0/janingradu.pdf>)
- Koffert, Tarja & Kuusi, Katriina (2002) Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisyä ja hoitotaitoja. Suomen Mielenterveysseuran Mielenterveyden koulutuskeskus.
- Kuopion kriisikeskuksen esittely 2007. Powerpoint-esitelmä.
- Kuopion Kriisikeskuksen tilastokooonti 1.1.–31.12.2006. Kriisipäivystys. Powerpoint-esitelmä.
- Kuopion Kriisikeskuksen tilastokooonti 1.1.–31.12.2007. Kriisipäivystys. Powerpoint-esitelmä
- Kämppi, Jenni (2007) Rahapelaaminen arikielämän ongelmana. Analyysi auttavaan puhelimeen yhteyttä ottaneiden käyttäytymismalleista. Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen pro gradu -tutkielma.
- López Viets VC, Miller WR (1997) Treatment approaches for pathological gamblers. Clin Psychol Rev 1997;17 (7) 689–702.
- Lähde, Anita & Emas, Tuula (2008). Peliriippuvuuden hoitoon soveltuvan kognitiivisen kuntoutuksen esittely. Powerpoint-esitelmä.
- Lähteenmaa, Jaana & Strand, Teija (2008) Pelin jälkeen: velkaa vai voittoja? Tutkimus velan ottamisesta rahapeleihin, erityistarkastelussa nettipokeri ja pikavippaaminen. Stakes, Raportteja 25/2008. (<http://www.stakes.fi/verkko-julkaisut/raportit/R25-2008-VERKKO.pdf>)
- Matilainen, Riitta & Valkama, Juha-Pekka (2006) Suomalaisen rahapelitarjonnan historiaa. Hyvinvointikatsaus 4/2006. Pelaamista ilosta, rahasta, himosta. Helsinki, Tilastokeskus. 8–9.
- MCGovan (2004) How do we know what we know? Epistemic tensions in social and cultural research on gambling 1980–2000. Journal of Gambling Issues, 11/2004.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2008) Mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden linjauksia vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luonnos 24.10.2015. (<http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/index.htm>) (viitattu 4.11.2008)
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009). Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Mielonen, Harri & Tiittanen, Harri (1999) ”Sitä ajatteli, että jos nyt voittaa...” Peliriippuvaisten kokemuksia ongelmapelaamisen syistä, seurauksista ja hoidosta. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 32. Helsinki, A-klinikkasäätiö.
- Murto, Antti (2005) Peliongelmaisten hoito päihdehuollossa – sattuma vai tarkoitus. Tutkielma ongelmapelaajien hoitoon sijoittumisesta suomalaisessa yhteiskunnassa. Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen pro gradu -tutkielma. ([http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DB51BAC0-72DA-4DA3-AC3F-BBE692DAE08A/0/gradu\\_antti\\_murto.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DB51BAC0-72DA-4DA3-AC3F-BBE692DAE08A/0/gradu_antti_murto.pdf))
- Murto, Lasse & Niemelä, Jorma (1993) Kun on pakko pelata. Tutkimus suomalaisen ongelmapelaajan profilista. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 11. Helsinki. A-klinikkasäätiö.
- Mäyrä, Frans (2006) Internet-pelaamisen muodonmuutos. Hyvinvointikatsaus 4/2006. Pelaamista ilosta, rahasta, himosta. Helsinki, Tilastokeskus. 16–19.
- Niinikoski, Marja-Liisa & von Hertzen, Nina & Pekkala, Henrik (2005) Peliongelmaisten palvelevan puhelimen (Peluuri-

- palvelu) pilottivaiheen arviointiraportti. Net Effect Oy.
- Nikkinen, Janne (2008) Sosiaalieettinen näkökulma rahapeliongelmien ehkäisyyn ja hoitoon. Työpapereita 30/2008. Stakes. Helsinki. (<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T30-2008-VERK-KO.pdf>)
- Ortiz, Liria (2006) Till spelfriheten! Kognitiv beteendeterapi vid spelberoende (Natur och kultur, Stockholm 2006) ([www.speletsbaksida.se](http://www.speletsbaksida.se))
- Pajula, Mari (2004) Kolikon toisella puolella. Ongelmapelaajan läheisen maailma. Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen pro gradu -tutkielma. (<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/1F5FB6DA-DDC9-4018-B2A0-BF0B8682F6A6/0/maringradu.pdf>)
- Pajula, Mari (2005) Ihmissuhteet pelissä. Opas peliongelmaisten omaisille ja läheisille. A-klinikkasäätiö ja Sininauhaliitto. Trio-Offset Oy, Helsinki. ([http://www.ecredo.fi/peluuri/data/liitteet/ihmissuhteet\\_pelissa\\_opas.pdf](http://www.ecredo.fi/peluuri/data/liitteet/ihmissuhteet_pelissa_opas.pdf))
- Pelin merkit (2008) Tietoa rahapeleistä ja peliongelmaista työssään peliongelmaa kohtaaville. Tukiaineisto. Pelihaitat. Stakes. Teksti: Mari Pajula. ([http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/4936B188-27F1-48B6-9FB3-839AA97DC5A0/0/Pelin\\_merkit\\_UUSnetti.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/4936B188-27F1-48B6-9FB3-839AA97DC5A0/0/Pelin_merkit_UUSnetti.pdf))
- Pitkänen, Sari & Huotari, Kari (2009) ”pahimmasta on päästy”. Arviointi Peli poikki -ohjelmasta ongelmapelaajien tukena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 20/2009. Helsinki.
- Poteri, Riitta & Tourunen, Jouni (1995) Asiakkaana ongelmapelaaja. Siniset vihkot. Sininauhaliiton julkaisusarja 1/1996. Helsinki. Sininauhaliitto.
- Rahapelifoorumin haittaryhmä (2004) Rahapelit ja niihin liittyvät haitat. Rahapelifoorumin haittaryhmän raportti.
- Rahapelihaittojen ehkäisy (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:71. STM, Helsinki.
- Tammi, Tuukka (2008) Katsaus peliongelmaisten hoitoa koskevaan vaikuttavuustutkimukseen ja hoitojärjestelmiin Pohjoismaissa.
- Taskinen, Teresa (2007) ”Pelasin opintolainani viidessä minuutissa”. Tutkimus nuorten ongelmapelaajien pelihistoriatarinoista. Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan pro gradu -tutkielma. ([http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/AFB414B4-8E2D-4CDA-86EA-759D652BA95F/0/gradu\\_teresa\\_taskinen.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/AFB414B4-8E2D-4CDA-86EA-759D652BA95F/0/gradu_teresa_taskinen.pdf))
- Toneatto, T. & Ladouceur, R. (2003) Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. Psychology of Addictive Behaviors, 17(4), 284–292.
- Turja, Tuomo (2006) Kuntien käytännöt ja tiedon taso rahapeliongelmaisten hoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriö 9/2006. ([http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C269BAC-0451-403F-A12F-969A231A7C42/0/turja\\_kuntien\\_kaytannot.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C269BAC-0451-403F-A12F-969A231A7C42/0/turja_kuntien_kaytannot.pdf))
- Tyynelän hoito-ohjelma peliongelmaisille. Powerpoint-esitelmä.
- Tyynelän kuntoutuskeskuksen peliasiakkaat vuonna 2006 ja tammi-toukokuu 2007. Powerpoint- esitelmä.
- Tyynelän kuntoutuskeskus. Monipuolinen riippuvuustyön palvelukokonaisuus. Powerpoint-esitelmä.
- Valkama, Juha-Pekka (2006a) Suomalaisen rahapelikulutus. Hyvinvointikatsaus 4/2006. Pelaamista ilosta, rahasta, himosta. Tilastokeskus. 10–14.
- Valkama, Juha-Pekka (2006b) Nettipokeri-ilmiö. Hyvinvointikatsaus 4/2006. Pelaamista ilosta, rahasta, himosta. Tilastokeskus. 22–24.
- Varvio, Saaramia (2007) Katsaus Suomen rahapelijärjestelmään. Stakes. Työpapereita 24/2007. (<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/6181D876-844E-4397-A600-DF86A6C80F1B/0/katsaussuomenrahapelijarjestelmaan.pdf>)
- Viljanen, Hannele & Salmi, Jarmo & Mäkinen, Olli-Pekka (2002) Peliriippuvaisten kuntoutuksen ja koulutuksen kehittämisprojekti. Sosiaalipedagogiikan säätiö/Sosiaalipedagoginen keskus.
- Villikka, Heidi (2004) Raportti päihdetapausselennassa tavoitetuista rahapeliongelmaisista.

## Liite 1. Haastatellut asiantuntijat

Emas, Tuula

Vaasan aluetyöntekijä. Sosiaalipedagogiikan säätiö

Hirvonen, Riitta

Kriisikeskuksen johtaja. Kuopion Seudun Mielenterveysseura Hyvä Mieli ry./Kuopion kriisikeskus

Ikävalko, Timo

Kuntoutuskeskuksen ohjaaja. Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskus

Kammonen, Heli

Kuntoutuskeskuksen sosiaaliterapeutti. Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskus

Katajainen, Aimo

Yksikköjohtaja. Kouvolan Kuntoutuskeskus

Kaukonen, Anu

Järjestökoordinaattori. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö

Koskela, Jyrki

Kuntoutuskeskuksen johtaja. Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskus

Lähde, Anita

Koordinaattori. Sosiaalipedagogiikan säätiö

Perttula, Anne-Maria

Sosiaalityöntekijä. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö

Pirttijärvi, Eero

Kehittämispäällikkö. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö

Pitkänen, Minna

Kuntoutuskeskuksen sairaanhoitaja. Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskus

Sulkko, Seppo

Kehittämiskeskuksen johtaja. Tyynelän kuntoutus- ja kehittämiskeskus

Suojasalmi, Jussi

Toimitusjohtaja. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö

Tuominen, Virve

Nuorisoaseman johtaja. A-klinikkasäätiön Turun A-klinikkatoimen Nuorisoasema

## Liite 2. Peliongelman parissa työskenteleville asiantuntijoille lähetetty sähköpostikysely, saatekirje ja uusi pyyntö

### Asiantuntijakysely peliongelmaisten tuki- ja hoitopalvelujen kehittämiseksi

*Tällä kyselyllä kerätään eri asiantuntijoiden mielipiteitä peliongelmaisten tuki- ja hoitopalvelujen kehittämiseksi. Kysely on luottamuksellinen. Tulosten raportoinnista ei voi tunnistaa ketään yksittäistä vastaajaa. Kyselyn tuloksia hyödynnetään muun muassa 18.10.2007 järjestettävässä keskustelussa. Toivon Sinun/tahosi vastaavan kyselyyn mahdollisimman kattavasti riippumatta siitä, pääsetkö kokoukseen.*

Vastauksesi voit lähettää 9.10. mennessä sähköpostitse osoitteeseen:

[Kari.Huotari@helsinki.fi](mailto:Kari.Huotari@helsinki.fi)

1. Vastaajataho
2. Vastaajan oma asema ja tehtävä?
3. Mikä on oman organisaatiosi rooli peliongelmaisten tuki- ja hoitopalveluissa tällä hetkellä?
4. Miten tuki- ja hoitopalvelujen rahoitus mielestäsi toimii asiakkaan kannalta (esim. maksusitoumukset)?
5. Miten mielestäsi toimii organisaatiosi yhteistyö peliongelmaisten kanssa työtä tekevien eri tahojen kanssa? (Esim. valtionhallinto, kunnat, järjestöt tai joku muu taho.)
6. Onko mielestäsi ongelmallisesti pelaavia, jotka eivät saa riittävästi/oikeanlaisia palveluja? Jos on, niin mitä asiakasryhmiä (esim. eläkeläiset, opiskelijat, työttömät, päihdeongelmaiset, mielenterveysongelmaiset)?
7. Onko peliongelmaisten läheiset mielestäsi huomioitu palveluissa? Jos on, niin miten?

8. Millainen yleiskuva sinulla on ongelmallisesti pelaavien palvelujen organisoinnista ja toimivuudesta...
  - a) alueellisesti?
  - b) valtakunnallisesti?
9. Mikä on mielestäsi kunnallisten peruspalvelujen rooli peliongelmaisten palvelujen järjestämisessä...
  - a) tällä hetkellä?
  - b) tulevaisuudessa?
10. Onko mielestäsi ongelmallisesti pelaavien palveluissa *aukkoja tai päällekkäisyyksiä*? Jos on, niin millaisia?
  - a) alueellisesti?
  - b) valtakunnallisesti?
11. Tarvitaanko maassamme mielestäsi erityisesti peliongelmaisten hoitoon ja tukemiseen erikoistuneita palveluja (laitos- tai avopalvelut). Perustele näkemyksesi.
12. Kerro mitä *vahvuuksia ja heikkouksia* näet peliongelmaisten tuki- ja hoitopalveluissa tällä hetkellä...
  - a) päihdehuollon erityispalveluissa?
  - b) mielenterveyspalveluiden erikoispalveluissa?
  - c) vain peliongelman hoitoon erikoistuneessa palvelussa?
13. Millaisena näet oman organisaatiosi roolin peliongelmaisten tuki- ja hoitopalveluissa tulevaisuudessa?
14. Mitä muuta haluat vielä sanoa ongelmallisesti pelaavien palvelujen kehittämiseksi?

Kiitos vastauksestasi!



## Asiantuntijakyselyn saatekirje

otsikko: Sähköpostikysely peliongelmaisten palveluista

Arvoisa vastaanottaja,

Olet saanut Stakesin Saini Mustalammelta kutsun 18.10.2007 järjestettävään keskustelutilaisuuteen, joka järjestetään peliongelmaisten tuki- ja hoitopalvelujen kehittämiseksi.

Kuten Saini kutsussaan kertoi, keskustelutilaisuuden pohjaksi lähetän teille oheisen liitetiedoston, jossa on sähköpostikysely peliongelmaisten palvelujen kehittämiseksi. Vastauksia tullaan hyödyntämään myös tätä keskustelutilaisuutta laajemmin.

Toivon Sinun/organisaatiosi vastaavan kyselyyn mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään tiistaina 9.10. Näin siksi, että minulle jää aikaa analysoida tulokset ennen keskustelutilaisuutta. Jos asia ei koske suoraan tämän viestin vastaanottajaa, niin toivon, että välität viestin sopivalle/oikealle henkilölle organisaatiossasi.

Kyselyyn vastaaminen ei viene paljon aikaa ja on helppoa. Kun avaat liitetiedoston, niin voit vastata suoraan kunkin kysymyksen alle omin sanoin ja vastaustila kasvaa tarpeen mukaan. Kun olet vastannut kyselyyn, tallenna se ja lähetä tiedosto suoraan osoitteeseen: [Kari.Huotari@helsinki.fi](mailto:Kari.Huotari@helsinki.fi)

Kiitos Sinulle jo etukäteen, että autat kehittämään peliongelmaisille järjestettäviä palveluja vastaamalla kyselyyn. Panoksesi on tärkeä myös keskustelutilaisuuden onnistumiseksi.

Jos haluatte kysyä asiasta lisää, niin ottakaa yhteyttä joko Kari Huotariin (sähköpostitse tai puh. 09 191 24580 tai 050 363 5969) tai Stakesin kehittämispäällikkö Saini Mustalampeen ([Saini.Mustalampi@stakes.fi](mailto:Saini.Mustalampi@stakes.fi) , puh. 09 3967 2188 tai 0400 928 303).

Ystävällisin yhteistyöterveisin,

Kari Huotari  
VTI, sosiaalityön professori  
Helsingin yliopisto  
Yhteiskuntapolitiikan laitos

## Asiantuntijakyselyn karhukirje

otsikko: Kysely peliongelmaisten palveluista

Arvoisa vastaanottaja,

Sait noin viikko sitten Kari Huotarilta sähköpostikyselyn, joka koski peliongelmaisten tuki- ja hoitopalvelujen kehittämistä. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään sekä Stakesin 18.10.2007 järjestettävän keskustelutilaisuuden pohjaksi että laajemminkin.

**Jos sinä tai organisaatiosi on jo vastannut sähköpostikyselyyn, niin tämä viesti on turha, ja voit deletoida viestin.**

**Jos et ole vielä vastannut sähköpostikyselyyn, niin toivomme sinun vastaavan siihen mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään maanantaina 15.10.** Näin ehtisin vielä eritellä tuloksia ennen keskustelutilaisuutta. Jos asia ei koske suoraan tämän viestin vastaanottajaa, niin toivon, että välität viestin sopivalle/oikealle henkilölle organisaatiossasi.

Kyselyyn vastaaminen on helppoa, koska kysely on lyhyt ja sisältää vain tarkasti valittuja kysymyksiä. Kun avaat liitetiedoston, niin voit vastata suoraan kunkin kysymyksen alle omin sanoin ja vastaustila kasvaa tarpeen mukaan. Kun olet vastannut kyselyyn, tallenna se ja lähetä tiedosto suoraan osoitteeseen:

[Kari.Huotari@helsinki.fi](mailto:Kari.Huotari@helsinki.fi)

Kiitos Sinulle jo etukäteen, että autat kehittämään peliongelmaisille järjestettäviä palveluja vastaamalla kyselyyn. Panoksesi on tärkeä myös keskustelutilaisuuden onnistumiseksi.

Jos haluatte kysyä asiasta lisää, niin ottakaa yhteyttä joko Kari Huotariin (sähköpostitse tai puh. 09 191 24580 tai 050 363 5969) tai Stakesin kehittämispäällikkö Saini Mustalampeen ([Saini.Mustalampi@stakes.fi](mailto:Saini.Mustalampi@stakes.fi) , puh. 09 3967 2188 tai 0400 928 303).

Ystävällisin yhteistyöterveisin,

Kari Huotari  
VTT, sosiaalityön professori  
Helsingin yliopisto  
Yhteiskuntapolitiikan laitos

### Liite 3. ”Ruohonjuuritason” palvelun tuottajille lähetetty sähköpostikysely, saatekirje (esimerkkinä Espoo) ja karhukysely (esimerkkinä Espoo)

#### Kysely peliongelmaisten tuki- ja hoitopalveluista

*Tällä kyselyllä kerätään eri palvelujen tuottajien mielipiteitä peliongelmaisille tarkoitettujen tuki- ja hoitopalvelujen toimivuudesta. Peliongelmaisella tarkoitetaan tässä ihmistä, jolla on vakavia ongelmia pelaamisen kanssa, hän on ns. ongelmapelaaja tai peliriippuvainen. Kysely on luottamuksellinen. Tulosten raportoinnista ei voi tunnistaa ketään yksittäistä vastaajaa. Kiitos, että autat kehittämään peliongelmaisille järjestettäviä palveluja vastaamalla kyselyyn.*

Vastauksesi voit lähettää 19.11.2007 mennessä sähköpostitse osoitteeseen:

[Kari.Huotari@helsinki.fi](mailto:Kari.Huotari@helsinki.fi)

1. Toimipiste?
2. Vastaajan oma asema ja tehtävä?
3. Arvioi, minkä verran toimipisteessänne kohtaatte asiakkaita, joilla on vaikeita ongelmia pelaamisen kanssa?  
Noin \_\_\_\_\_ asiakasta päivässä  
Noin \_\_\_\_\_ asiakasta viikossa  
Noin \_\_\_\_\_ asiakasta kuukaudessa  
Noin \_\_\_\_\_ asiakasta vuodessa
4. Kun toimipisteeseen tulee asiakas, niin pyrittekö selvittämään myös asiakkaan mahdollista peliongelmaa? Jos pyritte selvittämään peliongelmaa, niin miten?
5. Kuvaile omin sanoin toimipisteessänne kohdattavia peliongelmaisista (esim. pelimuoto, ikä, sukupuoli, muut ongelmat)?
6. Onko toimipisteessänne palveluja peliongelmaisille? Jos on, niin miten ja mitä palveluja heille on järjestetty?

7. Ohjataan ko asiakkaita peliongelman vuoksi toimipisteeseen? Mikä on ohjaava taho?
8. Kuka tai mikä taho alueellasi arvioi peliongelmaista asiakasta koskevan...
  - a) tuen ja hoidon tarpeen?
  - b) maksusitoumusten myöntämisen?
9. Jos toimipisteestänne ohjataan peliongelmainen asiakas eteenpäin, niin kuvaile lyhyesti, mitä kautta ja mihin palveluihin hänet yleensä ohjataan?
10. Arvioitteko asiakkaan tuen ja hoidon tarvetta moniammatillisessa tiimissä? Jos arvioitte, niin ketä tiimiin kuuluu?
11. Kuvaile eri ongelmapelaaja-asiakasryhmien soveltuvuutta toimipisteenne palveluihin (esim. eläkeläiset, opiskelijat, työttömät, päihdeongelmaiset, mielen-terveysongelmaiset)? Perustele vastauksesi.
12. Miten mielestäsi toimii toimipisteenne yhteistyö peliongelmaisten kanssa työtä tekevien eri tahojen kanssa? (Esim. A-klinikat, mielen-terveyspalvelut, sosiaalitoimi, terveystoimi, verkaneuvonta, auttava puhelin Peluuri, joku peliongelmiin hoitoon erikoistunut taho – mikä?)
13. Onko peliongelmaisten läheiset huomioitu toimipisteenne palveluissa? Jos on, niin miten?
14. Millainen käsitys sinulla on ongelmallisesti pelaavien palvelujen organisoinnista ja toimivuudesta...
  - a) omalla alueellasi?
  - b) valtakunnallisesti/muilla alueilla?
15. Mikä on mielestäsi kunnallisten peruspalvelujen rooli peliongelmaisten palvelujen järjestämisessä...
  - a) tällä hetkellä?
  - b) tulevaisuudessa?
16. Tarvitaanko maassamme mielestäsi erityisesti peliongelmaisten tukemiseen ja hoitoon erikoistuneita palveluja (laitos- ja avopalvelut)? Perustele näkemyksesi.
17. Kerro mitä vahvuuksia ja heikkouksia näet peliongelmaisten tuen ja hoidon järjestämisessä...
  - a) päihdehuollon erityispalveluissa?
  - b) mielen-terveyspalveluiden erikoispalveluissa?
  - c) vain peliongelman hoitoon erikoistuneissa palveluissa?

18. Mitä kehittämistarpeita näet peliongelmaisten tai heidän läheistensä tuki- ja hoitopalveluissa ja pelihaittoihin liittyvässä osaamisessa oman toimipisteenne osalta?
19. Mitä muuta haluat vielä sanoa ongelmallisesti pelaavien palvelujen kehittämiseksi?

Kiitos vastauksestasi!

## Ruohonjuuritason kyselyn saatekirje (esimerkkinä Espoo).

otsikko: Sähköpostikysely peliongelmaisten palveluista

Arvoisa vastaanottaja,

Oheisella sähköpostikyselyllä kerätään eri palvelujen tuottajien mielipiteitä peliongelmaisille tarkoitettujen tuki- ja hoitopalvelujen toimivuudesta.

Perus- ja erityispalveluiden toimipisteissä kohdataan yhä enemmän ongelmapeelaajia ja peliriippuvaisia, mutta Suomessa ei ole tietoa siitä, miten peliongelmaisten saama tuki ja hoito vastaa heidän tarpeisiinsa.

Nyt aiheesta tekee tutkimusta Stakesin toimeksiantona professori Kari Huotari Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitokselta.

Kyselyyn vastaaminen ei viene paljon aikaa ja on helppoa, koska kysely on lyhyt ja sisältää vain tarkasti valittuja kysymyksiä. Kun avaat liitetiedoston, niin voit vastata suoraan kunkin kysymyksen alle omin sanoin ja vastaustila kasvaa tarpeen mukaan. Kun olet vastannut kyselyyn, tallenna se ja lähetä tiedosto suoraan osoitteeseen: [Kari.Huotari@helsinki.fi](mailto:Kari.Huotari@helsinki.fi)

Kiitos sinulle jo etukäteen, että autat kehittämään peliongelmaisille järjestettäviä palveluja vastaamalla kyselyyn. Panokseksi on tärkeä tutkimuksen onnistumiseksi.

Oheinen kysely lähetetään valikoidusti seuraaviin toimipisteisiin, joissa arvellaan kohdattavan peliongelmaisista: Helsingin kaupungin johtavat sosiaalityöntekijät, A-klinikoiden esimiehet, Helsingin, Vantaan ja Espoon johtavat lääkärit, nuorisoasemat, mielenterveystoimistot, Helsingin psykiatrian poliklinikat, kriisikeskusten edustajat. Keskiuurista kunnista mukana ovat Jyväskylä ja Hämeenlinna.

Toivomme Sinun vastaavan kyselyyn **23.11.2007** mennessä. Jos asia ei koske suoraan tämän viestin vastaanottajaa, niin toivomme, että välität viestin eteenpäin sopivalle/oikealle henkilölle organisaatiossasi.

Tutkimusluvan tälle kyselylle on Espoon osalta myöntänyt Espoon sosiaali- ja terveystoimen Hallintopalvelut/Tieto, laatu ja kehittäminen vs. kehittämispäällikkö Lea Konttinen (yhteyshenkilö toimistosihtheeri Liisa Smolsky).

Jos haluatte kysyä asiasta lisää, niin ottakaa yhteyttä joko Kari Huotariin (sähköpostitse tai puh. 09 191 24580 tai 050 363 5969) tai Stakesin kehittämisspäälikkö Saini Mustalampeen ([Saini.Mustalampi@stakes.fi](mailto:Saini.Mustalampi@stakes.fi), 09 3967 2188 tai 0400 928 303) .

Ystävällisin terveisin,

Kari Huotari  
VTT, sosiaalityön professori  
Helsingin yliopisto  
Yhteiskuntapolitiikan laitos

## Ruohonjuuritason kyselyn karhukirje (esimerkkinä Espoo).

otsikko: Peliongelmaisten palvelukysely

Arvoisa vastaanottaja,

Lähetimme Teille jokin aika sitten kyselylomakkeen, jolla kerätään eri palvelujen tuottajien mielipiteitä peliongelmaisille tarkoitetuista tuki- ja hoitopalveluista.

Mikäli olette jo vastannut kyselyyn, on tämä muistutus aiheeton. Kiitämme vastauksestanne!

Jos ette ole vielä vastannut liitetiedostona olevaan sähköpostikyselyyn, lähetämme nyt uuden. Toivomme, että teillä on aikaa vastata lomakkeen kysymyksiin vaikka lyhyestikin ja palauttaa se sähköpostitse mahdollisimman pian.

Lomakkeen täyttäminen on tärkeää, jotta saamme luotettavan kokonaiskuvan peliongelmaisten palveluista. Kysymyslomake on lähetetty tarkoin valituille tahoille – ja Espoosta kyselyyn vastasi ainoastaan 4 henkilöä – joten toivomme lisää vastaajia. Lomakkeen täyttäminen on tärkeää, koska myös Teidän mielipiteenne on arvokas.

Kyselyyn vastaaminen ei viene paljon aikaa ja on helppoa, koska kysely on lyhyt ja sisältää vain tarkasti valittuja kysymyksiä. Kun avaat liitetiedoston, niin voit vastata suoraan kunkin kysymyksen alle omin sanoin ja vastaustila kasvaa tarpeen mukaan. Kun olet vastannut kyselyyn, tallenna se ja lähetä tiedosto suoraan osoitteeseen: [Kari.Huotari@helsinki.fi](mailto:Kari.Huotari@helsinki.fi)

Jos asia ei koske suoraan tämän viestin vastaanottajaa, niin toivomme, että välität viestin eteenpäin sopivalle/oikealle henkilölle organisaatiossasi. Jos haluatte kysyä asiasta lisää, niin ottakaa yhteyttä joko Kari Huotariin (sähköpostitse tai puh. 09 191 24580 tai 050 363 5969) tai Stakesin kehittämisspäällikkö Saini Mustalampeen ([Saini.Mustalampi@stakes.fi](mailto:Saini.Mustalampi@stakes.fi) , 09 3967 2188 tai 0400 928 303).

Kiitos tutkimusavustanne!

Kari Huotari  
VTI, sosiaalityön professori  
Helsingin yliopisto  
Yhteiskuntapolitiikan laitos



## Liite 4. Tyynelän tulohaastattelulomake.

### TULOHAASTATTELULOMAKE

Nimi:

Ammatti:

Koulutus:

Työpaikka/Työttömyys ja sen kesto:

Asuminen:

Kasvuperhe/Tausta:

Perhetilanne:

Päihdehistoria:

Nykyinen erilaisten päihteiden käyttö. Käyttötapa, missä juo, miten juo, mitä juo jne. (Myös huumeet ja lääkkeiden väärinkäyttö):

Kuivat kaudet ja niiden kesto:

Juomiskaudet ja niiden kesto:

Aikaisemmat mahdolliset laitoshoidot, sekä avohoitosuhteet, ja niiden kesto:

Miksi juuri nyt tulet hoitoon? Mistä? (esim. terveyskeskuksen katko, sairaala...)

Päihteiden käytön mukanaan tuomat rikokset? (esim. rattijuopumukset)

Oma näkemys tämänhetkisestä terveydellisestä tilasta:

Onko sinulla ollut itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä?

Millaiset ovat toiveesi sekä odotuksesi hoidon alussa? Entä suunnitelmasi hoidon jälkeen?

Millaisena näet itsesi ja oman elämäntilanteesi tällä hetkellä?

Raha-asiat? Oma näkemys tämän hetkisestä taloudellisesta tilanteesta?

Onko sinulla harrastuksia?

Oletko koskaan tuntenut tarvetta pelata rahasta yhä enemmän ja enemmän?

Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

Oletko koskaan valehdellut läheisillesi siitä, kuinka paljon pelaat?

Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

## Liite 5. Kuopion kriisikeskuksen johtajan tiivistelmä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvasta käyttäytymisanalyysistä

### KLIINISEN PSYKOLOGIAN TOIMINTA-ANALYYSI

Arviointimetodit I: käyttäytymisanalyysi

Peter Sturmey

#### **Riitta Hirvonen**

Kognitiivisen käyttäytymisterapian ylemmän erityistason psykoterapiakoulutus

Puh. 017-361 3606, GSM 040-686 7607, GSM 050-557 7607

E-mail [riitta.hirvonen@kuopionkriisikeskus.fi](mailto:riitta.hirvonen@kuopionkriisikeskus.fi)

Yhteisöön ja ympäristöön liittyvät psykologien tutkimukset, jotka painottivat käyttäytymisen analysointia eri ympäristöissä, ovat taustana nykyisellä käyttäytymisanalyysillä, jossa tutkitaan ympäristön vaikutusta yksilön käyttäytymiseen..

Käyttäytymisanalyysin tavoitteena on auttaa käyttäytymistapojen ja niitä ylläpitävien ympäristön olosuhteiden määrittämisessä ja kuvata niiden välistä suhdetta analyttisin termein. Kuvauksen kohteena on ympäristön tapahtumien ja ongelmallisten ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välinen suhde. Lisäksi analyysin avulla valitaan, kehitetään, arvioidaan ja muokataan sopiva toimintatapa yksilöityyn ongelmaan.

Käyttäytymisanalyysissä havainnoitavaa käyttäytymistä pidetään havainnoitavan yksilön käyttäytymismallina tietyssä tilanteessa. Muutoksia ihmisen käyttäytymisessä pidetään vaikutuksina tärkeitä ympäristöllisistä muuttujista, jotka ylläpitävät käyttäytymistä, ja niiden vuorovaikutusta persoonallisten muuttujien kanssa kuten historian oppiminen, psykologinen tila, perinnöllisyys ja persoonallisuus.

Käyttäytymisanalyysissä erilaisista tilanteista tehdään mallit. Käyttäytymisen vaihtelevuus eri tilanteissa on merkki ympäristöllisistä muuttujista, joista käyttäytymisen on yksi tulos. Käyttäytymisanalyysissä painopiste on täysin henkilön käyttäytymismalleissa ja tilanteissa, joissa hän käyttäytyy tietyllä tavalla.

Käyttäytymisanalyysin suunnittelu on usein toistuvaa. Analyysiä pidetään toistuvana prosessina, jossa jatkuvasti testataan ja muokataan käyttäytymismallia sekä tarkkaillaan muutoksia käyttäytymisessä. Analyysiprosessi räätälöidään tarkasti

henkilön ongelman mukaisesti. Käyttäytymisanalyysin metodeja pidetään kohdennettuna, yksinkertaisina ja luotettavina ja se mittaa kyseessä olevaa ongelmaa.

Nykyaikainen käyttäytymisanalyysi painottaa ensiksi hypoteesien kehittämistä ja testausta ja toiseksi analyysin hoitosuuntautuneisuutta. Hypoteesin kehittäminen tarkoittaa, että tutkittavaa kohdekäyttäytymistä varten kehitetään ja arvioidaan vaihtoehtoisia hypoteeseja. Hoidon suunnittelu/interventio käyttäytymisanalyysissä tehdään käyttäen hypoteeseja, jotka ovat peräisin analyysistä. Todettakoon, että diagnoosi on lääketieteellinen lähestymistapa suunnitella hoitoa. Käyttäytymisanalyysissä ja hoidon suunnittelussa diagnoosin vastinpariksi tulevat toiminta-analyysi ja keskeinen käyttäytymisen tavoitestratégia. Diagnoosin mukaista hoitoa on esim. fobian hoito.

Toimintamalliset luokitukset ovat hyödyllisiä, mutta niillä on myös rajoituksensa. Nykyiset käytännöt sisältävät laajat tiedonkeruun menetelmät, jotta tietoa voidaan käyttää joustavasti hypoteesien testaamiseen. Menetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, käyttäytymisen tuote, standardoitu itsearviointi, idiograafinen itsearviointi ja psykofysiologinen mittaus.



## RAPORTTI-sarjassa aiemmin ilmestyneet

### 2009

Unto Häkkinen, Lien Nguyen, Markku Pekurinen, Mikko Peltola. Tutkimus terveyden- ja vanhus-  
tenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä

Raportti 3/2009 Tilausnro RAP003\_2009

Elina Pylkkänen, Antti Väisänen. Tutkimus sosiaalihuollon valtionosuusperusteista

Raportti 4/2009 Tilausnro RAP004\_2009

Marja Holmila, Katariina Warpenius, Leena Warsell, Minna Kesänen, Irmeli Tamminen. Paikalli-  
nen alkoholipolitiikka

Raportti 5/2009 Tilausnro RAP005\_2009

Leena Metso, Salme Ahlström, Petri Huhtanen, Minna Leppänen, Eija Pietilä. Nuorten päihteiden  
käyttö Suomessa 1995–2007

Raportti 6/2009 Tilausnro RAP006\_2009

Helena Aldén-Nieminen, Susanna Rautio, Satu Männistö, Elina Laitalainen, Merja Suominen, Ritva  
Prättälä. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi

Raportti 7/2009

Laura Suomalainen, Henna Haravuori, Noora Berg, Olli Kiviruuu, Mauri Marttunen. Jokelan kou-  
lukeskuksen ampujattain altistuneiden oppilaiden selviytyminen, tuki ja hoito

Raportti 8/2009 Tilausnro RAP008\_2009

Tarja Heino. Family Group Conference from a Chbild Perspective

Report 9/2009 Tilausnro RAP009\_2009

Persephone Doupi. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents

Report 13/2009 Tilausnro RAP013\_2009

THL. Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö

Raportti 14/2009 Tilausnro RAP014\_2009

Tarja Pitkänen, Seija Kalso, Asko Vepsäläinen, Jarkko Rapala, Seppo I. Niemelä. Colilert-menetel-  
män verifointi sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 461/2000 mukaisiin koliformisten bakteeri-  
en ja Escherichia coli -bakteerin tutkimuksiin Suomessa

Raportti 17/2009 (vain verkkoversio)

Jukka Heikkilä, Juha Laine, Tarja Salokoski. Rahapelien haittaevaluaatio

Raportti 18/2009 Tilausnro RAP018\_2009

Matti Rimpelä, Vesa Saaristo, Kirsi Wiss, Timo Ståhl (toim.). Terveiden edistäminen kunnan perus-  
terveydenhuollossa. Perusraportti 2008

Raportti 19/2009

Sari Pitkänen, Kari Huotari. ”Ei kaikki huolet ole pois pyyhkäisty, mutta oikeastaan pahimmasta on  
päästy”. Peli poikki -ohjelman arviointitutkimus

Raportti 20/2009 Tilausnro RAP020\_2009